S. Hanet
II 9501

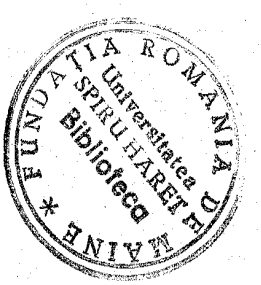
G. Ionescu

TRATAT DE PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI PSIHOTERAPIE

EDITURA "ASKLEPIOS"

G. Ionescu

TRATAT DE PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI PSIHOTERAPIE



EDITURA "ASKLEPIOS"
București
1995

II 25091 P

CĂRȚI DE PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI PSIHOTERAPIE APĂRUTE ÎN ROMÂNIA

G. Ionescu:

Introducere în Psihologia Medicală. Editura Științifică, București, 1973.

G. Ionescu:

Psihosomatica. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1975.

V. Săhleanu:

Psihologia profesiunii medicale. Editura Științifică, București, 1975.

FUNDAȚIA „ROMÂNIA DE MÂINE"
UNIVERSITATEA SPIRU HARET
BIBLIOTECA
Nr. Inv. 179

I. Vianu:

Introducere în Psihoterapie. Editura Dacia, Cluj, 1975.

V. Văleanu, C. Daniel:

Psihosomatica feminină. Editura Medicală, București, 1977.

A. Athanasiu:

Elemente de Psihologie Medicală. Editura Medicală, București, 1983.

G. Ionescu și col.:

Psihologie clinică. Editura Academiei, București, 1985.
Lucrare distinsă cu Premiul Academiei Române.

FUNDAȚIA „ROMÂNIA DE MÂINE"
BIBLIOTECA
Nr. Inv. 8113

G. Ionescu:

Psihoterapie. Editura Științifică, București, 1990.

Cuprins

PREFAȚA 11

Capitolul I
PSIHOLOGIA MEDICALĂ. SFERĂ ȘI CONȚINUT 15
1. Izvoare etimologice și accepțiuni ale psihologiei clinice 15
2. Psihologia clinică: noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată 18
3. Noțiunile de psihologie "clinică" și psihologie "medicală"
între rigoarea semantică și utilizarea operațională 19
4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei medicale 21
5. Asupra istoriei și orientărilor psihologiei medicale 23
6. Conexiuni și convergențe între psihologia medicală și psihiatrie 27
6.1. Caracterul interdisciplinar al psihiatriei reunește cunoștințele medicinii și psihologiei. 28
6.2. Psihologia medicală și psihiatria biologică. 31
7. Interferențe și relații între psihologia medicală și psihopatologie 32
8. Problematica psihologiei medicale din perspectiva sociologiei și a psihologiei sociale. 34
8.1. Actul medical sub unghiul faptului social. 35
8.2. Problematica socială a unor situații psihologice personale
și extrapolarea lor în fapte medicale. 35
9. Psihologie medicală, psihagogie și psihopedagogie 37
9.1. Complianța la terapie și elemente de psihagogie. 37
9.2. Regresiile comportamentale sub unghiul pedagogiei medicale. 38
9.3. Pedagogia medicală în condițiile cronicizării stării de boală. 39
10. Educația morală și psihologia medicală 39
Bibliografie 42

Capitolul II
CONDIȚIA PSIHOLOGICĂ ÎN MEDICINA CLINICĂ 45
1. Caracterul tradițional al relațiilor dintre psihologie
și medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică 45
2. Contribuția personologiei la implicarea medicală a psihologiei 48
3. Relații interprofesionale în principalele domenii psihomedicale 50
3.1. Conținutul relațiilor profesionale dintre medic și psiholog. 50
3.2. Particularități ale relațiilor profesionale dintre medic și psiholog. 51
3.3. Prejudecăți, supoziții și certitudini în relațiile profesionale dintre medic și psiholog. 52
4. Statutul psihologului în clinică și în echipa terapeutică 54
5. Problematica specifică a psihologului în clinică 55
6. Psihologul ca psihometrician 57
6.1. Examenul psihometric - simbol de statut al psihologului clinician. 57
6.2. Asupra utilității datelor psihometrice în clarificarea problematicii clinice. 59
6.3. Cunoașterea de sine și autopsihodiagnoza psihologului clinician. 60
7. Psihologul ca diagnostician 61
8. Psihologul ca psihoterapeut. 62
9. Psihologul ca cercetător 64
10. Direcțiile dezvoltării psihologiei medicale în unele țări din Europa și America 66
10.1. Dezvoltarea psihologiei medicale în Germania. 68
10.2. Dezvoltarea psihologiei medicale în Franța. 69
10.3. Dezvoltarea psihologiei medicale în Anglia. 69
10.4. Dezvoltarea psihologiei medicale în Rusia. 70
10.5. Dezvoltarea psihologiei medicale în Statele Unite ale Americii. 71
10.6. Psihologia medicală în Cuba. 72

10.7. Psihologia medicală în Cehia și în Slovacia. ... 72
10.8. Psihologia medicală în Spania. ... 72
10.9. Psihologia medicală în Portugalia. ... 73
10.10. Psihologia medicală în Mexic și America de Sud. ... 73
10.11. Psihologia medicală în România. ... 74
Bibliografie ... 75

Capitolul III
NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN VIAȚA PSIHICĂ ... 79
1. Criteriile și coordonatele sănătății psihice ... 79
1.1. Normalitatea psihică. ... 79
1.2. Normalitate și sănătate. ... 80
1.3. Sănătatea psihică în formulare negativă. ... 81
1.4. Sănătatea psihică în formulare pozitivă. ... 81
1.5. Sănătatea psihică optimală. ... 81
2. Accepții, definiții și ipostaze ale sănătății psihice ... 82
2.1. Sănătatea ca adaptare. ... 82
2.2. Sănătatea ca medie sau normă. ... 83
2.3. Sănătatea ca proces și dezvoltare. ... 83
2.4. Sănătatea ca integrare socială. ... 84
2.5. Sănătatea ca valoare. ... 84
2.6. Sănătatea psihică din perspectivă morală. ... 85
3. Boală și sănătate psihică. Accepțiuni ale bolii psihice ... 86
3.1. Boala, concept supus reevaluării din perspectiva cronicizării. ... 86
3.2. Boală și anormalitate. ... 87
3.3. Boală și societate. ... 87
4. Forme și mijloace de prevenire a tulburărilor psihice și de realizare a sănătății psihice ... 89
4.1. Evoluția măsurilor și acțiunilor de psihoigienă și psihoprofilaxie. ... 89
4.2. Deziderate și direcții de aplicare a măsurilor de psihoigienă. ... 90
4.3. Psihoprofilaxia și principalele categorii de prevenire a tulburărilor psihice. ... 91
4.4. Psihoprofilaxia primară. ... 91
4.5. Psihoprofilaxia secundară. ... 93
4.6. Psihoprofilaxia terțiară. ... 94
Bibliografie ... 95

Capitolul IV
TIMP ȘI BOALĂ.
PROBLEMATICA TIMPULUI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOMEDICALĂ ... 97
1. Unitatea dialectică a timpului și spațiului: argumente din psihopatologie ... 97
2. Unitatea dialectică biocronometrică ... 99
3. Dezvoltarea noțiunii de timp și conștiința timpului ... 100
3.1. Geneza conștiinței timpului. ... 100
3.2. Abținerea, amânarea și așteptarea - elemente operaționale ale pedagogiei timpului. ... 102
3.3. Perceperea și trăirea timpului în funcție de vârstă. ... 102
4. Biocronometrie și heterocronie ... 104
4.1. Heterocronia dezvoltării cognitive. ... 105
4.2. Heterocronie în involuția psihică. ... 106
4.3. Heterocronie în involuția organică. ... 106
4.4. Heterocronie și tanatologie. ... 107
5. Biocronometrie și hipnologie. ... 108
5.1. Ritmuri și perioade ale activității hipnice. ... 108

5.2. Faze, stadii și durate ale activității hipnice evidențiate prin studii bioelectrice. 109
5.3. Raportul somn lent - somn rapid. 110
5.4. Obiectivarea și estimarea duratei manifestărilor onirice. 110
6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor 112
7. Biocronometrie și nosografie. 113
7.1. Evoluție biocronometrică și taxonomie nosografică. 113
7.2. Boala sub unghiul evoluției temporale și caracterul relației terapeutice interpersonale. 115
8. Dismnezie și cronopatologie 116
8.1. Tulburări ale delimitării prezentului de imaginile trecutului. 117
8.2. Invadarea prezentului de către imaginile trecutului. 117
9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice. 118
9.1. Perceperea timpului în schizofrenie. 118
9.2. Perceperea timpului în psihozele delirante. 119
9.3. Perceperea timpului în psihozele afective. 120
9.4. Stările confuzionale și perceperea timpului. 122
9.5. Sindromul Korsakov și orientarea temporală. 122
9.6. Perceperea timpului sub acțiunea drogurilor. 122
9.7. Semnificația afectivă a timpului în psihopatologie. 123
Bibliografie 124

Capitolul V
CONȚINUTUL PSIHOLOGIC AL DIAGNOSTICULUI CLINIC 127
1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică. 127
2. Diagnosticul medical și supoziția etiologică. 128
3. Diagnosticul medical și paradigmele patogenetice 129
4. Diagnosticul medical și consensul sociocultural 130
4.1. Abordarea idiografică și elaborarea diagnostică 131
4.2. Orientarea nomotetică și perspectiva diagnostică. 132
5. Caracterul epistemic al examinării și axioma diagnosticării 132
5.1. Demersul tehnic al diagnosticului clinic. 132
5.2. Instanțe epistemologice ale diagnosticului clinic. 133
6. O premisă a diagnosticării: aptitudinea ascultării 134
6.1. Ascultarea ca solicitare a pacientului. 134
6.2. Ascultarea ca disponibilitate fizică. 135
6.3. Ascultarea ca aptitudine profesională. 135
7. Urgența elucidării diagnostice și dirijarea relației anamnestice 136
7.1. Demersuri esențiale în procesul de diagnosticare. 136
7.2. Diagnosticul - între necesitatea explorării și riscul iatrogenizării. 137
7.3. Caracterul unitar (somatopsihic) al examinării și veridicitatea diagnosticării. 138
8. Modelarea și standardizarea relaționării în scopul diagnosticării 139
9. Un deziderat al diagnosticării clinice: oportunitatea intervenției terapeutice 142
9.1. Suprainvestirea diagnosticării și minimalizarea tratării. 143
9.2. Diagnosticul - instanță preliminară și necesară tratamentului. 143
10. Axiologie diagnostică, realitate clinică și exigență etică 144
10.1. Scala axiologică a diagnosticului clinic: de la diagnosticul chirurgical la cel psihologic. 144
10.2. Diagnosticul personalității pacientului - acreditarea cunoașterii sale psihologice. 145
11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii și de anulare a personalității bolnavului 146
11.1 Formarea psihologică și validitatea diagnostică. 146
11.2. Relația dintre severitatea bolii și personalizarea diagnosticului. 146
11.3. Subiectivitatea trăirii bolii, dificultatea estimării și caracterul scolastic al diagnosticării. 147

12. Diagnosticul pluridimensional, încercare de cuprindere a patologiei omului total 148
Bibliografie 150

Capitolul VI
PSIHOLOGIE ŞI SUICIDOLOGIE 153
1. Problematica generală actuală a fenomenului suicidar 153
2. Semnificaţia şi natura fenomenului suicidar 154
2.1. Suicidul ca singura manifestare clinică a unei psihoze cu evoluţie infraclinică. 155
2.2. Suicidul ca prim simptom al unei psihoze. 156
2.3. Suicidul ca un epilog tardiv al unei boli depresive. 156
2.4. Suicidul ca expresie a unei stări psihotice care se manifestă sub aparenţa unei fenomenologii clinice somatice. 156
3. Asupra incidenţei şi prevalenţei fenomenului suicidar 157
4. Supoziţii etiologice asupra suicidului 159
4.1. Factori socioeconomici. 159
4.2. Factorii psihosociologici. 160
4.3. Patternul familial, statutul marital şi fenomenul suicidar. 161
4.4. Asupra corelaţiei dintre rasă, religie şi fenomenul suicidar. 161
4.5. Influenţa factorilor meteorologici şi cosmici asupra manifestărilor suicidare. 162
4.6. Gradul de urbanizare în etiologia manifestărilor suicidare. 162
4.7. Statutul profesional şi fenomenul suicidar. 163
4.8. Suicidul în funcţie de sex. 163
4.9. Prevalenţa actelor suicidare la pacienţii cu afecţiuni medico-chirurgicale. 165
4.10. Asupra supoziţiei ereditare în manifestările suicidare. 166
5. Aserţiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice 166
6. Caracteristici ale suicidului în funcţie de vârstă 167
6.1. Suicidul la vârsta copilăriei 167
6.2. Suicidul la adolescenţă şi tinereţe 168
6.3. Suicidul la vârsta maturităţii 168
6.4. Suicidul la senescenţă 168
7. Asupra evoluţiei mijloacelor de realizare a suicidului 169
8. Problematica psihologică a fenomenului homicidar 170
8.1. Supoziţii asupra etiopatogeniei homicidului. 170
8.2. Homicidul în principalele boli psihice. 171
8.3. Infanticidul. 172
8.4. Suicidul colectiv. 173
9. Actul suicidar din perspectivă socio-culturală 173
9.1. Suicidul şi responsabilitatea morală. 174
9.2. Implicaţiile sociofamiliale privind acţiunile suicidare. 175
10. Aspecte ale responsabilităţii profesionale şi juridice în faţa actelor autolitice 176
11. Măsuri profilactice şi programe terapeutice în manifestările autolitice 177
11.1. Măsurile de spitalizare ale persoanelor suicidare. 178
11.2. Problematica predicţiei suicidului. 178
Bibliografie 180

Capitolul VII
PSIHOLOGIA ACTULUI TERAPEUTIC 183
1. Problematica psihologică şi evoluţia fenomenului placebo în medicina clinică 183
1.1. Accepţiuni ale noţiunii de "palcebo". 183
1.2. Istoria fenomenului placebo. 184
2. Valoarea terapeutică a efectului placebo 188
2.1. Efectul placebo în principalele simptome somatice. 188
2.2. Asupra efectului placebo în principalele entităţi nosografice psihiatrice. 189

3. Factori psihologici ai fenomenului placebo 191
3.1. Bolnavul ca factor al efectului placebo. 191
3.2. Boala ca factor al efectului placebo. 192
3.3. Terapeutul ca factor al efectului placebo. 192
3.4. Calitatea relației terapeutice și efectul placebo. 194
3.5. Forma farmaceutică a medicamentului și efectul placebo. 194
3.6. Spitalul ca placebo. 195
4. Asupra mecanismelor patogenetice ale fenomenului placebo 195
4.1. Mecanismele condiționării din perspectiva fenomenului placebo. 195
4.2. Sugestia exercitată de medic și fenomenul placebo. 196
5. Factori nespecifici ai agenților psihofarmacologici 196
6. Problematica relației terapeutice în condițiile psihofarmacologiei clinice 199
7. Asupra compulsiei prescripției psihofarmacologice și imperativul cunoașterii clinice 200
8. Relația terapeutică și problematica transferențială 202
Bibliografie 204

Capitolul VIII
PSIHOTERAPIA: PRINCIPII ȘI METODOLOGIE 207
1. Psihoterapia modernă: izvoare și istorie 207
2. Psihoterapia ca expresie a culturii 209
3. Definițiile și accepțiunile psihoterapiei 210
4. Sensurile și semnificațiile noțiunii de psihoterapie 211
5. Izvoare teoretice și modele operaționale în psihoterapie 212
6. Tehnici și metode în psihoterapie 213
7. Factori comuni (nonspecifici) în psihoterapie 215
8. Aria obiectivelor psihoterapiilor 216
9. Orientări psihoterapeutice în diferite situații clinice și condiții nosografice 218
10. Selecția pacienților pentru psihoterapie și interviul inițial, investigativ-instructiv (evaluarea de orientare în psihoterapie) 219
11. Cadrul și programul de desfășurare a psihoterapiei 220
12. Eficacitatea reală și aparentă a psihoterapiilor 221
12.1. Problema remisiunii spontane și a implicațiilor ei asupra rezultatelor psihoterapiei. 222
12.2. Problema agravării stării pacientului prin psihoterapie. 223
12.3. Asupra eficacității comparative a psihoterapiilor. 224
12.4. Factori ai eficacității psihoterapiei. 225
12.5. Asupra posibilităților actuale de evaluare a rezultatelor psihoterapiei. 228
Bibliografie 229

Capitolul IX
PSIHANALIZA ȘI PSIHOTERAPIA PSIHANALITICĂ 231
1. Accepțiuni și sinonimii ale noțiunii de psihanaliză 231
1.1. Psihanaliza ca teorie a psihicului. 231
1.2. Psihanaliza ca metodă de investigație a psihicului. 232
1.3. Psihanaliza ca metodă de psihoterapie. 232
2. Asupra istoriei psihanalizei și a contribuției lui S. Freud la edificarea psihanalizei 233
3. Asupra "aparatului psihic" și a instanțelor sale "topologice" din perspectiva teoriei psihanalitice 235
4. Semnificația simptomului din perspectivă psihanalitică 240
5. Psihanaliza ca metodă de psihoterapie 241
5.1. Evantaiul psihoterapiilor: de la psihanaliză la terapia comportamentală. 241
5.2. Organizarea și cadrul de desfășurare a curei psihanalitice. 242
5.3. Principalele tehnici ale psihanalizei. 243
5.4. Terapeutul și pacientul în procesul analitic. 246

5.5. Relația terapeutică în abordarea psihanalitică. ... 247
5.6. Relația transferențială în psihanaliză: transfer, contratransfer, nevroză de transfer. ... 249
5.7. Indicațiile și contraindicațiile psihanalizei. ... 251
Bibliografie ... 252

Capitolul X
TERAPIA COGNITIVĂ ... 255
1. Izvoare teoretice ale terapiei cognitive. ... 255
2. Cogniția, element primar și central al teoriei și al terapiei cognitive ... 258
2.1. Asupra accepțiunii și definiției noțiunii de cogniție. ... 258
2.2. Implicarea cogniției în psihologie și în psihopatologie. ... 259
3. Structura teoriei cognitive și relația ei cu patogenia tulburării depresive ... 259
3.1. Triada cognitivă. ... 259
3.2. Schemele cognitive. ... 260
3.3. Disfuncțiile sau distorsiunile cognitive. ... 261
4. Structura terapiei cognitive și procesul terapeutic ... 262
4.1. Principalele tehnici ale terapiei cognitive. ... 263
4.2. Modul de acțiune al terapiei cognitive. ... 264
4.3. Elemente terapeutice asociate și concurente ale terapiei cognitive. ... 265
4.4. Caracteristici didactice ale terapiei cognitive. ... 266
4.5. Combinarea terapiei cognitive cu medicamentele antidepresive. ... 266
5. Indicațiile și contraindicațiile terapiei cognitive ... 267
6. Eficiența terapiei cognitive; rezultate comparative ale principalelor abordări terapeutice ... 268
Bibliografie ... 269

Capitolul XI
PSIHOTERAPIA ÎN GRUP ... 271
1. Operaționalitatea definițiilor și aria sinonimiilor psihoterapiilor în grup ... 271
2. Istoria și evoluția psihoterapiei în grup ... 273
2.1. Principii.e didactice în psihoterapia în grup. ... 274
2.2. Contribuția psihanalizei la psihoterapia în grup. ... 275
2.3. Psihoterapia în grup astăzi. ... 277
3. Organizarea grupului terapeutic ... 277
3.1. Selecția pacienților pentru psihoterapia în grup. ... 278
3.2. Pregătirea pacienților pentru psihoterapia în grup. ... 279
4. Compoziția, structura și funcționarea grupului terapeutic ... 280
4.1. Compoziția grupului terapeutic. ... 280
4.2. Structura grupului terapeutic. ... 282
4.3. Dinamica participării membrilor la grupul terapeutic. ... 283
4.4. Funcționarea grupului terapeutic. ... 284
5. Statutul și rolul terapeutului în coordonarea activității grupului ... 287
5.1. Rolul psihoterapeutului în conducerea activității grupului. ... 287
5.2. Personalitatea terapeutului și calitățile care îi permit îndeplinirea rolului de conducător al grupului. ... 288
5.3. Coterapeutul (terapeutul asistent sau consultant). ... 289
5.4. Expectațiile și obligațiile membrilor grupului. ... 290
6. Desfășurarea ședinței de psihoterapie în grup ... 290
6.1. Stimularea participării membrilor la activitatea grupului. ... 291
6.2. Conținutul comunicării. ... 291
6.3. Tema supusă analizei grupului. ... 292
7. Integrarea pacienților în grup și evoluția grupului terapeutic ... 292
7.1. Stadii evolutive ale grupului terapeutic. ... 293

7.2. Şedinţele alternate - un test al maturizării grupului şi un pas spre societate. 295
7.3. Încheierea psihoterapiei în grup. 295
8. Specificul psihologic al grupului terapeutic 296
9. Principalele procese psihologice care apar în grupurile psihoterapeutice 297
9.1. Universalizarea - ca mijloc de dizolvare a solipsismului. 298
9.2. Coeziunea - ca proces de valorizare a grupului terapeutic. 298
9.3. Identificarea cu terapeutul. 299
9.4. Transferul - ca ataşament inconştient faţă de o persoană semnificativă. 299
9.5. Presiunea grupului. 301
9.6. Ventilaţia şi catarsis-ul - ca forme de exprimare liberă. 301
9.7. Abreacţia - ca experienţă terapeutică a retrăirii evenimentelor şi a sentimentelor. 302
9.8. Intelectualizarea - ca disponibilitate de cunoaştere şi stăpânire a realităţii. 302
9.9. Testarea realităţii - ca disponibilitate de evaluare obiectivă a lumii. 303
10. Grupul - ca factor terapeutic 304
10.1. Rolul esenţial al grupului în procesul de ameliorare şi vindecare. 304
10.2. Factori care înhibă spiritul de grup diminuând valoarea terapeutică a grupului. 305
10.3. Salonul de pacienţi - ca o unitate terapeutică de grup deschis, heterogen. 307
11. Psihoterapia în grup din perspectivă psihanalitică 308
12. Clasificarea psihoterapiilor în grup 312
13. Raportul dintre psihoterapia individuală şi psihoterapia în grup 313
14. Psihoterapia combinată - o modalitate terapeutică tot mai frecvent recomandată 314
14.1. Psihoterapia combinată din perspectiva integrării elementelor pozitive ale relaţiei diadice şi de grup. 315
14.2. Caracterul proceselor psihodinamice şi terapeutice în psihoterapia combinată. 316
14.3. Psihoterapia de grup interacţional-structurată. 316
15. Observaţii asupra psihoterapiei în grup în principalele entităţi nosografice psihiatrice 317
16. Psihoterapia în grup a pacienţilor cu durere cronică 320
16.1. Durerea cronică - model particular de tulburare psihosomatică. 320
16.2. Organizarea grupului terapeutic al pacienţilor cu sindrom algic cronic. 321
16.3. Abordarea terapeutică în grupul de pacienţi cu durere cronică. 322
17. Aspecte ale psihoterapiei în grup în unele boli psihosomatice 324
18. Psihoterapia în grup cu copii şi adolescenţi 325
19. Indicaţiile şi contraindicaţiile psihoterapiei în grup 328
Bibliografie 328

Capitolul XII
PSIHODRAMA 331
1. Actualitatea şi validitatea metodei 331
2. Psihodrama - ca replică metodologică faţă de psihanaliza clasică 332
3. Psihodrama - între psihoterapia individuală şi psihoterapia în grup. 333
4. Elemente specifice ale terapiei psihodramatice 334
5. Roluri în psihodramă 335
6. Grupul psihodramatic şi dinamica de grup 337
7. Indicaţiile şi posibilele aplicaţii ale psihodramei 339
Bibliografie 340

Capitolul XIII
PSIHOTERAPIA ÎN BOLILE PSIHOSOMATICE 341
1. Psihosomatica din perspectiva validării etiopatogenetice şi a abordării psihoterapeutice. 341
1.1. Patologia psihosomatică - sferă şi conţinut. 341
1.2. Contribuţia factorilor psihosociali la etiologia bolilor psihosomatice. 342
1.3. Rolul evenimentelor psihotraumatizante, al situaţiilor conflictuale şi frustrante în apariţia bolilor psihosomatice. 343

1.4. "Stresul biologic fundamental", consecință a pierderii afective. ... 345
1.5. Boala psihosomatică din perspectivă ecologică și psihoterapeutică. ... 347
1.6. Supoziția specificității conflictului psihic și rolul său în răspunsul psihosomatic. ... 348
1.7. Profilul personalității pacientului psihosomatic din perspectiva procesului psihoterapeutic. ... 350
1.8. Necesitatea psihoterapiei bolilor psihosomatice din considerente etiopatogenetice. ... 351
1.9. Psihoterapia în bolile psihosomatice, consecință inerentă a unei abordări clinico-terapeutice holistice. ... 355
2. Probleme metodologice în abordarea psihoterapeutică a pacienților psihosomatici ... 357
2.1. Particularități ale relației medic-bolnav în medicina psihosomatică, din perspectivă psihoterapeutică. ... 357
2.2. Obiectivele și conduita psihoterapeutului în abordarea pacienților psihosomatici. ... 358
2.3. Complianța și selecția pacienților psihosomatici pentru psihoterapie. ... 360
2.4. Consultația psihiatrică în clinica de boli somatice; consultația de legătură psihiatrică. ... 361
3. Principalele metode psihoterapeutice utilizate în psihoterapia pacienților psihosomatici ... 363
3.1. Psihoterapia suportivă în bolile psihomatice. ... 364
3.2. Utilizarea biofeedback-ului în terapia bolilor psihosomatice. ... 365
3.3. Asupra oportunității psihanalitice în bolile psihosomatice. ... 367
3.4. Combinarea terapiei farmacologice și psihologice în bolile psihosomatice. ... 372
4. Particularități ale psihoterapiei în principalele boli psihosomatice ... 374
4.1. Boala coronariană din perspectiva psihologiei clinice și a abordării psihoterapeutice. ... 374
4.2. Hipertensiunea arterială esențială sub unghi psihologic și psihoterapeutic. ... 385
4.3. Astmul bronșic - psihopatologie și psihoterapie. ... 390
4.4. Ulcerul duodenal - abordare psihoterapeutică din perspectivă psihosomatică. ... 395
4.5. Colita ulceroasă sub unghi psihosomatic și psihoterapeutic. ... 400
4.6. Artrita reumatoidă din perspectivă psihosomatică și psihoterapeutică. ... 408
4.7. Supraponderalitatea și obezitatea clinică din perspectivă psihosomatică și psihoterapeutică. ... 413
4.8. Abordări psihofarmacologice și psihoterapeutice utilizate în limitarea și reducerea obezității clinice. ... 429
4.9. Analiza comparativă a eficacității abordărilor psihoterapeutice și psihofarmacologice utilizate în reducerea obezității clinice. ... 437
4.10. Rezultate și recomandări în psihoterapia pacienților psihosomatici. ... 441
Bibliografie ... 442

Capitolul XIV
PSIHOTERAPIE ȘI PSIHOFARMACOLOGIE ... 447
1. Apariția psihofarmacologiei în contextul terapiilor psihologice. ... 447
2. Originile opoziției dintre psihofarmacologie și psihoterapie ... 448
3. Investiție narcisică și realitate farmacodinamică ... 449
4. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică ... 450
4.1. Opoziția de principiu a psihanalizei față de psihofarmacologie. ... 451
5. Terapia bifocală - compromisul psihanalistului, impus de amenințarea existenței pacientului ... 452
6. Evidențele psihofarmacologiei clinice și postulatele psihoterapiei analitice ... 453
6.1. Observații ale psihanaliștilor asupra utilizării comparative a psihoterapiei și a neurolepticelor ... 453
7. Extinderea indicațiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei ... 455
8. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice: asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice ... 456
9. Asupra unor modalități concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia ... 457
Bibliografie ... 460

P R E F A Ț Ă

Relațiile psihologiei cu medicina, a căror sorginte poate fi regăsită în primele acte medicale, cunosc actualmente o reevaluare clinică impusă de excesiva orientare tehnică manifestată în investigație și terapeutică. A devenit astfel evidentă nevoia de umanizare a relațiilor cu pacientul, de **personalizare a actului medical** și de **revalorizare a examenului clinic** în special.

Bazându-se pe o viziune integrativă, **psihologia medicală** pune în centrul preocupărilor sale omul aflat sub incidența bolii, abordându-l într-o perspectivă dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării lui psiho-individuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivelor sale.

În orientarea sa aplicativă, lucrarea a căutat să răspundă scopului propus, acela de cunoaștere aprofundată a pacientului din perspectiva bolii sale, de cunoaștere a fenomenalului, în tendința continuă de evidențiere a umanului, considerat aici drept corolar al esențialului.

Păstrând **ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal,** psihologia medicală depășește faptul observației directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgând la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologice paraclinice. Prin aceasta, psihologia medicală păstrează ample relații cu psihologia experimentală, psihofiziologia și psihometria. Totodată, prin direcționarea sa esențialmente clinică, ea prezintă ample deschideri asupra fiecărui domeniu medical, a cărui problematică psihologică specifică o abordează în mod primordial.

Din această perspectivă lucrarea aduce precizări necesare chiar în privința sferei și conținutului domeniului, întrucât, deși a depășit un secol de evoluție, dezvoltare și afirmare, ca domeniu aplicativ de cunoaștere și cercetare, psihologia medicală își continuă procesul de cristalizare și delimitare.

Totodată, pentru anumite domenii ale medicinii și în primul rând al etiopatogeniei și terapiei, psihologia medicală prezintă noi valențe, susceptibile de a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, **rolul implicațiilor psihologice în complexele plurifactoriale etiologice este tot mai intens invocat.** Sub acest unghi se menționează că nu numai în aria vastă a bolilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat

și mai științific analizat.

În timp ce contribuția psihologiei medicale la descifrarea problemelor etiopatogenice se înscrie în aria preocupărilor sale științifice, rolul său în asistența medicală propriu-zisă se află în prim-planul acțiunilor practice. Acestea devin cu atât mai necesare în situațiile în care, prin natura și gravitatea sa, **boala se instituie ca un moment de interogație, ca o perioadă de anxioasă expectație**, căreia psihologia medicală îi poate răspunde prin **disponibilități psihoterapeutice care-i revin prin conținutul demersurilor sale și prin vocație.**

Această contribuție a psihologiei medicale este cu atât mai necesară cu cât în **situația de boală, particulară și în fapt singulară pentru pacient**, el pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare determinată printr-un proces de autoanaliză. Trăit pe fundalul nesiguranței, al necunoașterii și uneori al ignoranței, acest proces este susceptibil să determine apariția de noi simptome care se pot constitui într-**o a doua boală**, de fapt o stare morbidă secundară, expresie a trăirii suferinței și reacției insului la afecțiunea propriu-zisă, considerată ca boală primară. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potențare a simptomatologiei acesteia prin **coeficientul de psihogenie, determinat de conștiința bolii ca atare**. Diferit de la un ins la altul, în funcție de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii, dar mai ales de structura personalității pacientului, această potențare psihogenetică se înscrie, de asemenea, în aria acțiunilor de psihologie medicală.

În faza actuală a evoluției științelor medicale și antropologice, a dezvoltării gândirii și concepțiilor filozofice, când există un consens privind unitatea somatopsihică, fenomenele și stările psihologice care însoțesc afecțiunile somatice sunt nu numai recunoscute, ci și investigate și estimate în fiecare boală și în fiecare situație clinică particulară. De fapt, **implicațiile psihologiei asupra medicinii clinice**, întotdeauna apreciate ca neîndoielnice, **au devenit actualmente axiomatice**, fiind supuse studiului prin numeroase programe științifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice.

Întrucât **orice boală**, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie **o experiență negativă particulară**, de cele mai multe ori **unică și dramatică**, angajarea psihică a pacientului este profundă și autentică. Dacă reacția psihologică a pacientului este constantă în orice afecțiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatică. Deși preocupat de boală, el nu rămâne la nivelul fenomenal al acesteia, ci abordează în mod primordial omul aflat sub incidența suferinței, cu emoțiile, anxietățile, frustrațiile, cu trăirile și reacțiile pe care boala le dezvoltă. Totodată, cunoașterea autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său susceptibil de a condiționa și influența toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice și evolutiv-prognostice, se înscrie în deziderатul cunoașterii integrale, comprehensive, totale.

Prin eficacitatea contribuției sale, **psihologul clinician** s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiționale, ci și în altele noi, cum este psihofarmacologia, unde testarea acțiunii substanțelor psihotrope a devenit o activitate cvasispecifică a psihologiei clinice.

FUNDAȚIA „ROMÂNIA DE MÂINE"
UNIVERSITATEA SPIRU HARET
BIBLIOTECA
Nr. Inv. 1370

O particularitate a relațiilor profesionale din domeniile psihomedicale constă în faptul că spre deosebire de relațiile medicului cu alți specialiști angajați în munca de investigație, relații mediate prin aparate ori prin produsele biologice recoltate, colaborarea cu psihologul implică relații directe, determinate de specificul abordărilor și activităților sale care sunt nemijlocite și interpersonale.

Complexitatea domeniului în care își desfășoară activitatea, bogăția și noutatea mijloacelor investigatorii, precum și caracterul inedit al fiecărui caz examinat conferă psihologului clinician o activitate privilegiată în cercetare, domeniu în care și-a asigurat o veritabilă consacrare. Aceasta se datorește faptului că spre deosebire de alți specialiști, psihologul nu face propriu-zis un examen și nici nu întreprinde o investigație, ci desfășoară o explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.

Contribuția psihologului clinician în domeniul cercetării medicale este regăsită în toate ariile activității sale, de la câmpul vast al cauzelor tulburării psihice și somatice, de la analiza factorilor genetici, eredo-familiali și psihosociali, la studiul incidenței și prevalenței diverselor entități nozografice, al reacțiilor insului la boală, al terapiei ca proces și al evaluării rezultatelor terapiei, până la elaborarea examenelor psihometrice și validarea instrumentelor investigației sale specifice.

În afara contribuției sale la aprofundarea cunoașterii simptomatologiei bolii și a conduitei insului în boală, **psihologia medicală este implicată în susținerea terapeutică și de sanogeneză generală**. Întrucât orice act terapeutic se desfășoară pe un fundal psihologic, care-i conferă și condiționează valențele sanogenetice, este neîndoielnic faptul că intervențiile terapeutice, indiferent de natura lor găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei medicale. De fapt, **orice acțiune farmacodinamică** și în general activitatea farmacocinetică **poate fi potențată sau diminuată de factori subiectivi, evidențiați de investigația psihologică.**

Pe lângă aceste aspecte psihologice, care acreditează eficacitatea diferitelor acțiuni terapeutice, **psihologia medicală și-a dezvoltat mijloace de tratament specifice**, a căror expresie o constituie **metodele și procedeele psihoterapeutice**. Printr-o judicioasă selecție și aplicare practică, **aceste metode de tratament psihologic pot completa și potența efectul actului terapeutic specific, în orice domeniu clinic**, de la psihiatrie la chirurgie, de la dermatologie la stomatologie.

Activitatea psihologilor clinicieni nu se desfășoară numai în aria investigației, asistenței sau a psihoterapiei, ci și prin participarea lor la instanțe decizionale în cadrul comisiilor de evaluare a capacităților profesionale sau al comisiilor medico-legale. Toate acestea au făcut ca psihologia medicală să fie apreciată de către cei mai acreditați clinicieni contemporani ca o "știință fundamentală în medicină" sau ca "o știință de bază în medicină". Totodată, mai mult de jumătate din numărul psihologilor practicieni își desfășoară activitatea în domeniul medical, psihologia medicală reprezentând cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate.

Într-o privire generală asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei medicale, se poate constata că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a

FUNDAȚIA „ROMÂNIA DE MÂINE"
BIBLIOTECA
Nr. Inv. 2443

bolnavului este intens invocat și general manifestat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gândire psihologică izvorâtă din practică și continuu stimulată de activitatea clinică.

Prin problematica sa generală psihologia medicală realizează o **reevaluare a eticii practicii medicale** și o mai mare deschidere asupra relațiilor profesionale. Sub acest aspect, al normelor morale medicale, psihologia medievală analizează în primul rând relațiile interpersonale dintre medic și bolnav, care însoțesc acești protagoniști ai actului medical de la inițierea relației anamnestice până la încheierea acțiunii terapeutice. Fundamentată, stimulată și modelată de sistemul social, psihologia medicală contribuie la crearea unui mediu moral cu un înalt conținut umanitar, în care normele etice să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atât de importante în cadrul activității clinice ca și cunoștințele științifice și deprinderile tehnice.

Autorul.

Capitolul I

PSIHOLOGIA MEDICALĂ SFERĂ ȘI CONȚINUT

Remarcabilele progrese medicale ca și recentele schimbări sociale au ipostaziat în medicină raporturi noi, particulare, concretizate prin trei axe directoare: bolnav-boală, bolnav-medicină, bolnav-societate.

În analiza acestui complex relațional, bolnavul apare ca element esențial ce trebuie înțeles atât prin prisma suferinței și stării sale, cât și a situației lui deosebite, uneori excepționale; de aici decurge variabilitatea infinită a comportamentului său în situația de boală și a aspectelor sale atitudinale.

Fără a cunoaște progresele medicale ca atare, dar conștient de existența lor, bolnavul are noi și înalte **expectații față de medicină**, față de instituția medicală, ca atare, și față de medic, de la care așteaptă vindecarea; el consideră intervenția medicală ca un fapt firesc, iar boala ca pe un rău ce trebuie și poate fi înlăturat. Evoluția favorabilă a bolii a devenit pentru bolnav un fapt scontat, iar procesul de vindecare, fiind înțeles ca o etapă firească în evoluția afecțiunii, nu mai păstrează legătura, univocă în trecut, cu ideea de salvare. Agravarea, ca și cronicizarea, sunt apreciate ca eventualități rare, improbabile, care nu sunt corelate cu natura sau severitatea afecțiunii, ci cu competențe profesionale și orientări terapeutice inadecvate sau neinspirate. În plus, asistența medicală actuală este marcată de o expectație disproporționată a pacientului și a familiei sale față de posibilitățile terapeutice, în sensul că, în virtutea progreselor efective înregistrate în acest domeniu, s-au investit speranțe exagerate care, în mod real, nu pot fi îndeplinite.

Neconcordanța expectațiilor pacienților față de nivelul posibilităților actuale a determinat o **criză a medicinii** pe care aceasta caută să o rezolve prin **reanalizarea orientărilor și revalorizarea resurselor sanogenetice**. Pe acest fundal, reconsiderarea relațiilor medicinii cu psihologia apare nu numai ca necesară, ci și salutară, sinuoasa lor raportare regăsindu-se actulamente pe un teren fertil de implicare.

1. Izvoare etimologice și accepțiuni ale psihologiei clinice

Situată la confluența psihologiei cu medicina, psihologia clinică își află sorgintea în domeniul filozofiei, psihopedagogiei și sociologiei; totuși, prin acest atribut adjecti-

val, de **clinică**, se dorește sublinierea caracterului său medical, având ca element de continuă referință omul bolnav sau aflat în stare de suferință. Într-adevăr, spre deosebire de **psihologia medicală**, care cuprinde o problematică mai amplă și o arie mai extinsă de preocupări, **psihologia clinică** are în vedere mai ales starea și situația pacientului asupra căruia intrevine nemijlocit, ilustrându-și astfel caracterul său pregnant aplicativ.

Subliniem însă faptul că atributul de **"clinică"** nu mai păstrează decât o slabă și poate aparentă legătură cu sensul său etimologic (gr. **klinikos** sau lat. **clinicus**, bolnav la pat) întâlnit inițial la **Plinius cel Bătrân,** care-l utiliza spre a desemna îngrijirile acordate bolnavului imobilizat.

Menționăm, totodată, faptul că în epoca Renașterii, alături de această accepțiune, noțiunea de "**clinic**" era folosită în sens pedagogic, instructiv, spre a ilustra **învățământul aplicativ desfășurat** în spital, **lângă patul bolnavului**. Această metodă adoptată în formarea medicală a fost urmată cu tot mai multă vigoare până în zilele noastre, când întreg învățământul clinic se desfășoară în spital, fiind ilustrat prin observația, analiza și discuția cazurilor clinice.

Pe lângă evoluția sa semantică din domeniul medical, noțiunii de **clinică** îi putem descifra și o **sorginte filozofică**. Astfel, constatăm că **John Locke** folosea noțiunea de "**clinică**" în argumentarea sistemului său filozofic și o considera definitorie în exprimarea "experienței sensibile". Pornind de aici, orientarea clinică ce a determinat revoluționarea cunoașterii în medicina secolului al 17-lea a avut la bază **metoda empirică** al cărei deziderat era **observația directă, imediată și nemijlocită**. În felul acesta, medicina clinică, prin orientarea sa pragmatică, s-a afirmat în antiteză cu teoria, considerată ca desprinsă de individual și concret și călăuzită de interpretarea scolastică.

Pe de altă parte, **metoda clinică**, în virtutea observației directe pe care o preconizează, se opune **metodei experimentale**, ce are la bază cunoașterea mijlocită, mediată.

Prin antiteza inițială față de teorie, ca și față de experiment, orientarea clinică s-a dovedit a fi deosebit de fecundă pentru cunoaștere, ea impunându-se atât în medicină cât și în psihologie, subordonându-și actul mediat, investigator, tradus prin teste sau analize de laborator.

Medicina clinică s-a afirmat nu numai prin studiul direct, concret și imediat al cazurilor patologice, ci și prin **analiza lor individuală**, atât în situația prezentă, cât și în viziune longitudinală. Această accepțiune a noțiunii de **clinică** a fost preconizată de **Littré** (1873), pentru a defini medicina care vizează **studiul individual al bolnavilor**.

Prin oportunitatea și utilitatea sa, noua metodă, de analiză individuală a cazurilor, a fost aplicată, încă de la începutul secolului nostru și în domeniul psihologiei, atât în investigarea bolnavilor, cât și în afara ariilor patologiei, lărgirea sferei noțiunii de **psihologie clinică** vizând astfel tendința de "a conota extensiunea spiritului clinic și a metodei clinice asupra cazurilor individuale care nu sunt neapărat medicale" (**D. Lagache**, 1961, p. 1)

Pe de altă parte, constatăm că persistă o anumită confuzie între noțiunea de

psihologie clinică (cultivată în studiile anglo-saxone) și aceea de **metodă clinică** (ce vizează explorarea psihologică directă și aprofundată a cazurilor individuale, normale și patologice), inițiată și promovată prin excelență de psihologia franceză. Dezvoltată ca o replică față de analiza teoretică, precum și față de cercetarea experimentală și de evaluarea statistică, **metoda clinică** nu are comun cu **psihologia clinică** (în afară de simpla omonimie) decât faptul că ambele folosesc analiza individuală a cazurilor, procedeu comun, dealtfel, întregii patologii. Faptul că metoda clinică vizează, în afara cazurilor patologice, și pe cele considerate normale nu asigură însă psihologiei clinice o sferă mai largă decât psihologiei medicale. Aceasta cu atât mai mult cu cât, conținutul unei noțiuni nu este tributar etimologiei sale, ci domeniului faptic pe care-l ilustrează; astfel, **psihologia clinică** nu poate fi restrânsă la analiza psihologică directă a pacienților internați, aria sa fiind extinsă și asupra problematicii medicale din afara staționarelor și din spitale. În acest context subliniem distincția între **metoda clinică** și **psihologia clinică**, pentru a putea fi evitată confuzia determinată de sinonimia termenilor.

Metoda clinică vizează studiul individual al cazurilor normale și patologice sau abordarea care permite înțelegerea aprofundată și intrinsec-comparativă a individualului, în raport cu conjunctura socioprofesională și familială, cu experiența de viață, cu motivațiile și expectațiile bolnavului; metoda clinică este deci orientată spre studiul "singularului și simptomaticului, al diferențialului și comparativului" (**P. Fedida**, 1968, p. 911). În acest sens, metoda clinică este utilizată, nu numai în medicină unde a fost consacrată, ci și în psihologie, pedagogie ca și în domenii particulare de cunoaștere și investigare, ca acelea ale personologiei, psihanalizei, psihoterapiei, consilierii și orientării școlare și profesionale.

Desigur, în țările de limbă engleză conținutul noțiunii de psihologie clinică a fost extins, dincolo de ariile spitalului, asupra tuturor situațiilor patologice sau disfuncționale, susceptibile de-a fi investigate prin metoda clinică; în aceste țări, sfera noțiunii de psihologie clinică "este cea mai vastă", iar "domeniul clinic înglobează toate instituțiile și consultațiile care se ocupă, în scop terapeutic sau profilactic, de subiecți bolnavi, fragili sau inadaptați" (**W. J. Schraml**, 1973, p. 91).

Psihologia clinică este axată asupra "înțelegerii cazului particular al bolnavului, care-și trăiește boala cu temperamentul său propriu, cu trecutul și istoria sa individuală, toate acestea conducând spre nuanțarea unui diagnostic și instituirea unui tratament" (**J. Favez-Boutonier**, 1961, p. 321).

Remarcându-se prin cercetarea individualului și particularului, a unicității insului în boală, psihologia clinică are în vedere, în egală măsură, și situația sa reală, aria contextuală în care el se dezvoltă și care îl determină. Tocmai de aceea, în afara "scopului științific" de a participa la stabilirea unui diagnostic, psihologia clinică este orientată și asupra "scopului practic, de a consilia, de a vindeca, de a educa sau de a reeduca" (**G. Chabalier**, 1963, p. 496).

Psihologia clinică își înscrie deci, printre dezideratele sale, nu numai cunoașterea insului, confruntat cu o boală, aflat într-o situație unică și particulară ci și terapia

necesară, într-o evaluare individuală, ca și orintarea lui ulterioară, în ceea ce privește reintegrarea socioprofesională. Considerată ca "ramură a psihologiei" și analizată din această perspectivă, psihologia clinică "reprezintă un corp de cunoștințe și abilități, orientat spre ajutorarea persoanelor cu probleme medicale și comportamentale, în scopul realizării unei adaptări personale mai satisfăcătoare, cu mai bune posibilități de autoexprimare" (**D. Shakow**, 1980, p. 2990).

2. Psihologia clinică: noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată

Studierea raporturilor dintre **psihologia medicală** și **psihologia clinică**, dificilă și întrucâtva fastidioasă, nu a fost încă realizată, sinonimia în care cele două noțiuni sunt utilizate fiind în mod convențional acceptată.

O analiză a revistei studiilor din acest domeniu relevă faptul că numeroși autori (în special de limbă engleză) folosesc în mod constant noțiunea de psihologie clinică, în timp ce alții, în special de limbă franceză, rusă și germană, preferă noțiunea de psihologie medicală. Clinicienii din această ultimă categorie, acceptând și dezvoltând metoda clinică, au manifestat rezerve față de "psihologie clinică", întrucât "în mod funciar sincretică, această noțiune poate exprima (simultan, separat sau în mod contradictoriu) o atitudine metodologică, o filozofie, o aspirație mai mult sau mai puțin confuză, un efort mai mult sau mai puțin tenace spre unitatea psihologiei" (**R. Zazzo**, 1954, p. 314). În același timp, noțiunea de psihologie clinică "nu ar defini un nou domeniu de cunoaștere sau de practică ori o nouă disciplină de cercetare, cum lasă să se creadă unii autori" (**P. B. Schneider**, 1967, p. 3), astfel încât "putem aprecia că ar fi de preferat să căutăm un alt adjectiv în locul celui de clinic pentru a califica acest domeniu al psihologiei" (**J. Favez-Boutonier**, 1961, p. 321).

Manifestând rezerve față de noțiunea de "**psihologie clinică**" și optând pentru menținerea aceleia de "**psihologie medicală**", alți autori argumentează că "ambiguitatea psihologiei clinice începe încă de la numele său", întrucât "adjectivul de clinică are pentru nespecialiști o conotație medicală" (**J. Guillaumin**, 1968, p. 936).

Pe de altă parte, "termenul de **clinică**, în psihologie, are un statut problematic nu numai în raport cu medicina, ci și în interiorul psihologiei însăși; în plus singura justificare medicală, mai ales psihiatrică, a aplicațiilor clinice ale psihologici, nu numai că nu este suficientă pentru a fonda conceptul în noua sa legitimitate, dar duce la interogarea medicinii psihiatrice asupra propriilor ei fundamente" (**P. Fedida**, 1968, p. 909).

Alți autori restrâng sfera noțiunii de psihologie clinică întrucât, conform opiniei lor, "aceasta se interesează mai ales de structura personalității și acordă atenție mai mică celorlalte domenii" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 33); pe de altă parte, ei reduc domeniul psihologiei clinice la acela al utilizării metodei clinice, subliniind că "psihologia clinică se definește prin folosirea metodei clinice" (**ibidem**). Se constată de aici că păstrând

denumirea de "psihologie clinică" există riscul ca "obiectul psihologiei clinice să se transforme chiar în obiectul metodei clinice" (**J. Favez-Boutonier**, 1968, p. 450).

3. Noțiunile de psihologie "clinică" și psihologie "medicală" între rigoarea semantică și utilizarea operațională

În virtutea considerentelor mai sus amintite, numeroși clinicieni preferă noțiunea de **psihologie medicală**, devenită **tradițională și în virtutea prestigiului științific al autorilor care au folosit-o, îmbogățindu-i conținutul**. Într-adevăr, la consacrarea psihologiei "medicale" au contribuit psihologi și medici de renume mondial, ca: **H. Lotze** (1852), **P. Janet** (1926), **E. Kretschmer** (1956), **A. Lamache** (1960), **D. Lagache** (1961), **J. Delay** și **P. Pichot** (1964), **M. S. Lebedinski** și **V. Miasiscev** (1966), **P. B. Schneider** (1969), **P. Sivadon** (1973) și alții. Ei au adus contribuții esențiale domeniului și au îmbogățit conținutul noțiunii de psihologie medicală care este astăzi la fel de răspândită și de larg acceptată ca și noțiunea de psihologie clinică.

În terminologia curentă însă, **cele două noțiuni sunt folosite prin analogie,** ignorându-se particularitățile conținutului lor, **distincția necesară dizolvându-se în sinonimie**.

De cele mai multe ori se acordă noțiunii de **psihologie medicală** o accepțiune mai largă decât aceleia de **psihologie clinică**, înscriindu-se în sfera ei, în afara problematicii clinice concrete a persoanei bolnave, și ansamblul datelor, observațiilor și regulilor desprinse din activitatea practică. Astfel, se consideră că "psihologia medicală studiază problemele teoretice și practice ale medicinei legate de psihologie, ca și problemele psihologice ale oamenilor bolnavi, care fac parte din sarcinile diagnosticului, tratamentului și profilaxiei bolilor" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 5). Cele două aspecte, teoretic și aplicativ, sunt prezentate și în alte definiții ale psihologiei medicale, care "apare ca un ansamblu de cunoștințe și o practică centrată asupra omului bolnav, asupra reacțiilor sale la boală, ca și asupra omului bolnav în relație psihologică cu medicul său" (**P. B. Schneider**, 1967, p. 2).

În alte accepțiuni ale noțiunii, se subliniază importanța **psihologiei medicale în instruirea și formarea medicilor**, situație în care ea "devine înainte de toate o disciplină de învățământ care oferă medicului informații și cunoștințe suficiente, pentru ca el să poată înțelege bolnavul ca persoană umană ce suferă de o boală și ca să-l poată trata mai bine, după datele științifice obișnuite, dar ținând seama de această cunoaștere psihologică" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 19).

Pe lângă aspectul teoretic-formativ, în alte definiții apare rolul analizei și cercetării științifice, **psihologia medicală** fiind privită ca "domeniu al psihologiei aplicate, atașat colaborării cu medicii în ceea ce privește diagnosticul, tratamentul, reabilitarea și prevenirea, cât și **cercetarea** unor domenii ca psihofarmacologia, psihosomatica și reacțiile emoționale la boală" (**R. M. Goldenson**, 1970, p. 763).

Cu toate acestea, noțiunea de **psihologie medicală** a fost considerată ca nesatisfăcătoare, chiar de către cei care o folosesc întrucât, fiind "vagă și vastă...nu desemnează o disciplină și nu definește obiective, scopuri și metode specifice" (**D. Lagache**, 1961, p. 1). Într-adevăr, la o analiză semantică se constată că nici caracterul său tradițional și nici ampla sa utilizare nu au putut înlătura ambiguitatea termenului de **psihologie medicală** care, "deși foarte vechi, nu corespunde actualmente unui domeniu, al cărui conținut și limite să fie recunoscute într-o manieră univocă" (**P. Pichot**, 1969, p. 234). Această ambiguitate a noțiunii de psihologie medicală are consecințe asupra definiției sale care "este tributară valorii acordate fiecăruia din cei doi termeni care o constituie și importanței relative care li se conferă" (**P. Marchais**, 1969, p. 248).

Sub alt unghi, trebuie remarcat faptul că **psihologia medicală** servește medicina pentru ca aceasta să-și poată spori eficacitatea intervențiilor sale; în virtutea acestui fapt, medicina constituie genul proxim, iar psihologia, diferența specifică, fapt ce impune discuției noțiunea de **medicină psihologică**. Aceasta ar reprezenta **medicina faptelor psihice** spre deosebire de accepțiunea propriu-zisă a medicinii ca domeniu al faptelor somatice. În acest caz însă, noțiunea de **medicină psihologică** ar tinde spre sinonimie cu noțiunea de **psihiatrie**, ca și cu aceea de **psihopatologie**, care au însă un conținut mult mai ferm statuat și mai net delimitat.

În aceeași accepțiune în care folosim noțiunea de medicină psihologică, se înscrie, prin semantica sa, și noțiunea de **psihologie a medicinii** (**V. Săhleanu, A. Athanasiu**, 1983, p. 10), care cuprinde problematica psihologică a persoanei bolnave, a actului medical, ca și a medicului, cu rolul și statutul său profesional.

Aceste două noțiuni, de **medicină psihologică** și de **psihologie a medicinii**, conduc, prin conținutul lor, la concluzia că domeniul pe care-l ilustrează ar constitui o ramură a medicinii, în timp ce **psihologia medicală** (ca dealtfel și psihologia clinică) este în mod explicit definită ca ramură aplicativă a psihologiei. Considerând că psihologia medicală este "o parte a psihologiei, și nu o parte a medicinii" (**Cl. Veil**, 1969, p. 255), așa cum preconizau **E. Kretschmer** (1956), **M. S. Lebedinski** și **V. N. Miasiscev** (1966), menționăm că în aria ei se înscriu atât problematica psihologică a bolnavului, cât și atitudinea omului sănătos față de boală (din care decurge implicit psihologia medicului) și aceea "a instituțiilor și organismelor de îngrijire" (**ibidem**).

Acceptând ca incontestabil faptul că **psihologia medicală** este în esența ei o psihologie clinică, axată asupra relației medic-bolnav, putem încerca unele distincții ale celor două domenii, care, fără îndoială, păstrează ample arii comune. Astfel, fără a ceda sensului etimologic al psihologiei clinice, care-i restrânge nepermis sfera, și înlăturând sinonimia dintre aceasta și metoda clinică (ce i-ar extinde sfera dincolo de ariile patologiei), considerăm că **psihologia medicală**:

- prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică, prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului: psihologia mediului terapeutic, psihologia medicului și a personalului sanitar, psihologia relațiilor profesionale din instituții medicale, formarea terapeutică, formarea psihologică și formarea etică a personalului

medical etc.; prin aceasta,

- fără a renunța la caracterul aplicativ, psihologia medicală prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorâte din analiza clinică directă, concretă și imediată; din acest punct de vedere, se poate considera că relațiile dintre psihologia medicală și psihologia clinică sunt asemănătoare acelora dintre psihopatologie și psihiatrie, în care prima, distanțată de faptul individual, generalizează datele concrete ale cazului particular, de care cea de-a doua se preocupă în mod esențial;

- păstrând ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal, psihologia medicală depășește aria observației imediate, directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgând la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologice paraclinice; datorită acestui fapt,

- psihologia medicală păstrează ample relații cu alte ramuri ale psihologiei, ca psihologia experimentală, psihofiziologia, psihodiagnoza etc., ea însăși afirmându-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de psihologia clinică, disciplină care, fiind mai ferm axată asupra pacientului, păstrează, prin aceasta, relații mai strânse cu psihosomatica, psihoterapia și cu orice domeniu clinic medical a cărui problematică psihologică o abordează în mod primordial.

Deși clare în formulare, aceste distincții nu pot fi considerate actualmente esențiale, **domeniul psihologiei clinice fiind în cea mai mare parte comun cu acela al psihologiei medicale** și numai cercetări ulterioare le vor contura sferele, le vor îmbogăți conținutul și vor aduce delimitări fundamentale. Precizăm, totodată, că opțiunea noastră pentru noțiunea de **psihologie medicală** nu este bazată pe supoziții metodologice, ea având ca unic scop sublinierea esențialului: cunoașterea aprofundată a pacientului din perspectiva amplă a fenomenalului.

4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei medicale

Fără îndoială că delimitările noționale, ca și definițiile operaționale, au conturat sub anumite raporturi sfera și au schițat conținutul psihologiei medicale. Totuși unele precizări sunt necesare, cu atât mai mult cu cât psihologia medicală, după aproximativ un secol de evoluție și dezvoltare, se află într-un proces de lentă cristalizare și continuă delimitare.

Una din cele mai complete aprecieri asupra sarcinilor și conținutului psihologiei medicale subliniază că aceasta "are ca obiect studiul mecanismelor mentale, în măsura în care sunt susceptibile de a contribui la menținerea sau restabilirea sănătății umane" (**A. Lamache, A. Burloud, P. Davost**, 1960, p. 42). Considerată ca "o disciplină fundamentală", se subliniază că psihologia medicală "este în același timp clinică și experimentală, colectivă și individuală, normală și patologică, profilactică și terapeutică" (**ibidem**).

După cum se poate constata, psihologia medicală nu are încă un cadru bine delimitat și nici un conținut ferm precizat și incontestabil statuat, fapt ce poate fi explicat prin apariția continuă a unor noi domenii ale cunoașterii antropologice, cu tot mai profunde implicații în datele și observațiile psihologice. Într-adevăr, în conținutul psihologiei medicale se înscriu, într-o amplă problematică, atât observații empirice, cât și date ale unor analize științifice, ca: "atitudinile bolnavului în fața bolii și a morții, relațiile dintre bolnav și anturajul său familial, fenomenele de transfer și contratransfer în relațiile terapeutice, jocul complex al cererilor, dorințelor, ofertelor, ca și beneficiul secundar, relațiile umane în spital, pattern-urile și rolurile profesionale ale echipei terapeutice, aspectele psihologice ale grefelor de organ etc." (**Cl. Veil,** 1969, p. 255).

La rândul ei, psihologia medicală găsește în noile domenii ale medicinii, și în primul rând ale etiopatogeniei și terapiei, noi valențe susceptibile de a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, **rolul explicațiilor psihologice în elucidările etiologice** este tot mai intens invocat. Sub acest unghi trebuie menționat că nu numai în aria vastă a maladiilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat și tot mai științific analizat.

În afara contribuției psihologiei medicale în domeniul etiopatogeniei, rolul său în asistența medicală este unanim acceptat, în primul rând datorită faptului că orice boală constituie un prilej de interogație și anxioasă expectație, căruia psihologia medicală îi poate răspunde prin demersurile psihoterapeutice, ca și prin vocație. Ea are această disponibilitate întrucât, în situația de boală, particulară și în fapt singulară, pacientul pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare care este determinată și întreținută de faptul că insul devine obiect de analiză a propriului Eu. Acest proces de autoanaliză, trăit pe fundalul nesiguranței și deseori al ignoranței, este susceptibil să determine apariția de noi simptome (care se pot constitui uneori într-o **a doua boală**, de fapt o **stare morbidă secundară**), expresii ale trăirii și reacției insului la afecțiunea propriu-zisă, considerată ca boală primară. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potențare a simptomatologiei acesteia prin **coeficientul de psihogenie** determinat de conștiința bolii propriu-zise.

Acest **coeficient de psihogenie**, diferit de la un ins la altul, este în funcție de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii și într-o mai mare măsură de structura personalității și experiența de boală a pacientului. Dacă primele aspecte legate de boală se înscriu cu predilecție în aria de competență a medicinii, celelalte aspecte, legate de bolnav, conferă conținut și legitimitate psihologiei medicale. Tocmai de aceea, psihologia medicală, centrată esențialmente pe relația medic-bolnav, "pleacă de la principiul că practicianul trebuie să considere pacientul ca un subiect cu reacțiile sale la boală și în relație psihologică cu medicul său" (**P. Marchais,** 1969, p.249).

Pe lângă contribuția la elucidările etiopatogenice și în activitatea curentă de asistență, de aprofundare a cunoașterii simptomatologiei bolii și conduitei insului în boală, psihologia medicală este implicată în **susținerea terapeutică**. Datorită acestui fapt,

conținutul psihologiei clinice și medicale este determinat "de bolnav și boala sa , pe de o parte, și de funcția de îngrijire, pe de altă parte" (**Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli**, 1980, p. 28).

Subliniind faptul că **fiecare act terapeutic se desfășoară pe un fundal psihologic care-i conferă și condiționează valențele sanogenice**, precizăm că, în ansamblu, intervențiile terapeutice, indiferent de natura lor, găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei medicale. Orice acțiune farmacodinamică și în general activitatea farmacocinetică poate fi potențată sau diminuată de factori evidențiați de psihologia medicală.

În afara acestor aspecte psihologice ce acreditează eficacitatea diferitelor acțiuni terapeutice, **psihologia medicală și-a dezvoltat mijloace de tratament specifice, a căror expresie o constituie metodele psihoterapeutice și demersurile socioterapeutice.** Printr-o judicioasă selecție și aplicare practică, aceste metode de tratament psihologic pot completa și potența efectul actului terapeutic specific în orice domeniu clinic, de la psihiatrie la chirurgie, de la endocrinologie la dermatologie. Prin aceste contribuții terapeutice specifice, ca și prin abordările sale psihodiagnostice, psihologia medicală apare într-adevăr ca o știință "concretă și aproape de viață, care s-a dezvoltat din practică și este destinată unor sarcini practice ale profesiei medicale" (**E. Kretschmer**, 1956, p. 1).

5. Asupra istoriei și orientărilor psihologiei medicale

O viziune retrospectivă asupra psihologiei medicale ca domeniu de asistență, de învățământ și cercetare constată frecvent aprecierea nefondată, de cele mai multe ori eronată, asupra apariției și evoluției acesteia. Astfel, în ciuda numeroaselor date, explicite și detaliate asupra istoriei acestei științe, cei mai mulți cercetători, fără informarea necesară, îi plasează originea în epoca noastră, nu rareori la data propriilor studii. Constatăm astfel că "psihologia medicală este o disciplină relativ recentă" (**P. Marchais**,1969,p. 248), iar "ca disciplină ce se poate învăța și ca domeniu de cercetare, psihologia medicală este foarte tânără; ea nu are decât 20-30 de ani de existență" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 24). Chiar și cercetătorii care preferă noțiunea de psihologie clinică în locul celei de psihologie medicală scotomizează istoria domeniului afirmând că "psihologia clinică, ca disciplină științifică este recentă", iar "ca profesie este foarte tânără" (**Nina R. de Traubenberg**, 1968, p. 1015), deși este cunoscut faptul că psihologi clinicieni existau încă de la sfârșitul secolului trecut.

Tot astfel, se afirmă că "noțiunea de psihologie clinică și domeniul de activități pe care îl acoperă nu sunt cunoscute în Germania și în literatura de limbă germană decât de puțin timp" (**W. J. Schraml**, 1973, p. 7), deși se știe că la Universitatea din Berlin s-au prezentat cursuri de "psihologie medicală" încă din anul 1845.

Invocăm aceste aserțiuni surprinzătoare, expresie în primul rând a lipsei de informare, nu numai din respect pentru datele științifice reale, ci și pentru că prezumtivele considerații prejudiciază și întârzie dezvoltarea acestei arii a cunoașterii antropologice care, de fapt, a fost conturată și statuată cu mult înaintea datelor prezentate de unii autori care se erijează în postura de promotori ai domeniului. Într-adevăr, supoziții conform cărora psihologia medicală este "foarte tânără", "este recentă", sau ca cele după care "noțiunea ca și domeniul" nu au fost decât "de puțin timp cunoscute" sunt folosite ca argumente pentru limitarea sau ignorarea acestei științe de către cei care nu au încă deplina convingere asupra importanței pe care ea o reprezintă în medicina clinică.

Fără a mai menționa datele psihologice întâlnite în studiile medicilor antichității elene și romane, considerăm că istoria explicită și evident atestată a psihologiei medicale poate fi remarcată odată cu emanciparea științei medicale din obscurantismul evului mediu și mai ales în secolul al 17-lea, când **Sydenham**, acest "Hipocrate al Angliei", insistă asupra etiologiei psihogene a diverselor afecțiuni. Ideile sale au fost reluate și dezvoltate de școala medicală italiană, pentru a fi mai evident exprimate în prima jumătate a secolului al 19-lea de către **Heinroth** (1818) și **Jacobi** (1822), care și-au cristalizat concepțiile psihologice privind natura bolilor prin termenii pe care i-au lansat, de tulburări cu sorginte "psihosomatică" și respectiv "somatopsihică". Considerăm că în această perioadă studiile de psihologie medicală au fost numeroase, fapt ce a determinat pe **I. B. Friedreich** (1833) să publice o revistă a literaturii "asupra psihologiei medicale și juridice".

În aceeași perioadă ideile psihologiei medicale au fost promovate de către psihiatri cărora, așa cum subliniază **Laségue** (1844), "li se datorează introducerea sistematică a psihologiei în medicină". Dealtfel, începând din 1845, **Issensee**, care era "profesor de patologie, terapeutică și medicină legală" la Universitatea din Berlin, susține un curs de "psihologie medicală", inițiind prin aceasta formarea psihologică a viitorilor medici.

Interesul clinicienilor pentru problematica psihologică a permis lui **H. Lotze** (1852) să elaboreze prima lucrare amplă de psihologie medicală **Die medizinische Psychologie oder Psychologie der Seele,** în care, pe lângă aspecte clinice, analizează mai ales probleme de psihofiziologie. După această dată preocupările de psihologie medicală cunosc în Germania un declin datorită concepției lui **Griesinger** care a imprimat medicinii o orientare "somaticistă".

Pe de altă parte, cercetările de psihologie medicală iau amploare în Anglia și mai ales în Rusia, având ca promotori pe cei mai renumiți psihiatri. Astfel, **D. H. Tuke** publică la Londra în 1870 lucrarea intitulată **Medical Psychology**, pentru ca ulterior să întreprindă o definire și explicitare a noțiunilor din acest domeniu, în **Dictionary of Psychological Medicine** (1892).

Tot spre sfârșitul secolului trecut, **V. M. Behterev** (1885) înființează la Facultatea de Medicină a Universității din Kazan, ca și în cadrul Academiei de medicină militară, primele laboratoare de psihologie experimentală din Rusia. Laboratoare asemănătoare

au fost deschise apoi la Odesa, la Kiev și la Clinica "Korsakov" din Moscova. Totodată, un **"curs special de psihologie pentru studenții mediciniști"** a fost inaugurat în 1895 de către **A. A. Tokarski.**

În aceeași perioadă, psihologia medicală este afirmată și în Franța, prin studiile lui **Th. Ribot** asupra destructurărilor memoriei și a tulburărilor afective: dealtfel din 1889 el susține un curs de **"psihologie afectivă"** în care sunt prezentate ample noțiuni de psihologie medicală.

Ca domeniu clinic aplicativ, psihologia își află sorgintea în Statele Unite, unde **L. Witmer** (1896) a înființat o **"Clinică psihologică"** în cadrul Universității din Pennsylvania. Având o pregătire de bază medicală, fiind doctor în medicină al Universității din Leipzig (1892), **L. Witmer** este considerat ca "fondator al psihologiei clinice". La un deceniu după numirea sa ca director al Clinicii psihologice din Pennsylvania, **L. Witmer** (1907) publică lucrarea **Psychological Clinic** și revista cu același nume, în care sunt consemnate obiectivele, principiile de funcționare a clinicii, metodele folosite, conținutul activității și rezultatele înregistrate în activitatea psihologică din acest domeniu medical. Menționăm că aici s-a aplicat pentru prima dată metoda clinică în accepțiunea în care aceasta este folosită astăzi, și anume aceea de studiu individual al cazului, mai ales asupra copiilor psihotici, cu deficiențe mintale, psihomotorii și tulburări de comportament. Subliniem, totodată, orientarea modernă a activității de psihologie clinică imprimată de **L. Witmer**, care consta nu numai în examinarea clinică și evaluarea psihometrică, ci și în aplicarea unor variate metode psihagogice și recuperatorii, precum și în efectuarea **counseling**-ului vocațional. Această activitate complexă se desfășura în echipă, la care, alături de psihologi participau pedagogi și medici specializați în oftalmologie, O.R.L., medicină internă și ortopedie.

Activitatea clinico-psihologică promovată de **L. Witmer**, orientată în special asupra aspectelor vocaționale, educaționale și recuperatorii din ansamblul domeniului deficiențelor mintale, a fost continuată de **W. Healy**, care s-a axat mai ales asupra problemelor comportamentale. Spre deosebire de **L. Witmer**, care punea accentul pe deficiențele intelectual-cognitive și pe recuperarea lor prin metode de **training** cu deschideri educative, **W. Healy** considera că dizarmonia personalității are la bază tulburări afective a căror cunoaștere presupune o aprofundare a mijloacelor de investigație, dar și o lărgire a ariei acțiunilor recuperative; în acest scop, el a antrenat familiile pacienților, școlile, ca și instituțiile corecționale, realizând, în colaborare cu tribunalul pentru minori din Chicago, o "clinică comportamentistă pentru studiul delincvenților", din care a luat naștere ulterior "Institutul de dezvoltare juvenilă" și formele de **Child Guidance**.

În afara studiilor de evaluare a inteligenței, inițiate și dezvoltate în Franța la începutul secolului nostru de către psihologul **A. Binet** și medicul **T. Simon** (1905), care au deschis calea unei noi ramuri a psihologiei denumită ulterior **"Psihodiagnostic"**, menționăm apariția în Rusia a primelor lucrări de investigație clinico-experimentală intitulate **Metode clinice de cercetare psihologică a bolnavilor psihici** (**A. N. Bernstein**, 1908) și **Atlasul investigării psihologice a personalității** (**V. Rîbākov**, 1911).

Primul pătrar al secolului nostru se încheie cu apariția, în Franța și Germania, a două lucrări de referință: **La médecine psychologique** (**P. Janet**, 1923) și **Medizinische Psychologie** (**P. Schilder**, 1924), această ultimă lucrare fiind considerată ca "primul tratat dedicat acestui domeniu" (**P. Pichot**, 1969, p. 235).

În a doua jumătate a secolului nostru, psihologia medicală se afirmă cu deosebită vigoare în principalele țări europene, fiind ilustrată prin lucrări de referință. Astfel, după studiile lui **A. Lamache** și **P. Davost** (1954) privind **Situația și valoarea psihologiei în medicină**, comunicate la Academia de Științe Morale și Politice din Franța, apar numeroase lucrări, printre care menționăm: **Études de psychologie médicale** (**J. Delay**, 1959), **Eléments de psychologie médicale** (**D. Lagache**, 1961), **Abrégé de psychologie** (**J. Delay, P. Pichot**, 1964 și 1967), **Traité de psychologie médicale** (**P. Sivadon**, 1973), **Psychologie Médicale** (**Ph. Jeammet, M. Reynaud** și **S. Consoli**, 1980) etc.

Concomitent cu prima comunicare de psihologie medicală din Franța, a lui **A. Lamache** și **P. Davost**, în Germania apare primul din cele trei volume ale **Manualului de psihologie clinică**, elaborat de **E. Stern** (1954), în care se încearcă o "adaptare" a psihologiei aplicate la domeniul medical. Celelalte două volume, publicate de același autor în 1956 și 1958, cuprind "metodele psihologice de diagnostic" și "procedee de psihoterapie". În aceeași perioadă, **E. Kretschmer** (1956) elaborează studiul monografic **Medizinische Psychologie**, lucrare de referință, în 16 capitole, între care, alături de tulburările funcțiilor psihice sunt prezentate "reacțiile personalității" (cap. 14), "expertiza psihologică" (cap. 15) și "metodele de psihoterapie" (cap. 16).

În Anglia dezvoltarea psihologiei clinice este axată asupra relației medic-bolnav, lucrarea **Medicul, bolnavul său și boala**, elaborată de **M. Balint** (1956), fiind ilustrativă în acest sens. Deși problematica relației terapeutice constituie cheia de boltă a psihologiei clinice, unele studii ulterioare din Marea Britanie s-au îndepărtat în mod deliberat de acest deziderat, așa cum se constată în lucrarea **Psychology in relation to Medicine** (1963) în care autorii, **R. M. Mowbray** și **T. F. Rodger**, tind spre o "abordare sintetică a comportamentului uman, interpretat ca un complement natural al studiilor privind structura și funcțiile diferitelor organe ale corpului"; cu alte cuvinte, este vorba de o deplasare a accentului de la psihologia persoanei bolnave la psihologia comportamentului uman în condițiile perturbării fiziologice și ale destructurărilor anatomice.

O lucrare asemănătoare este realizată în Uniunea Sovietică de către **M. S. Lebedinski** și **V. N. Miasiscev** care, în **Vvedenie v mediținskuiu psyhologhiu** (1966), pe lângă numeroase capitole de neurofiziologie și psihofiziologie, prezintă probleme de psihogenie și somatogenie (cap.15), relațiile medic-bolnav (cap.16), investigația clinică a bolnavului (cap. 17), bazele psihologice ale psihoterapiei (cap.18), psihologia și farmacologia (cap. 19) etc.

De dimensiuni mai reduse, **Mediținskaia psihologhiia** elaborată de **V. M. Banscikov** et al. (1967) prezintă, în afara problematicii generale a psihologiei medicale, numeroase capitole de psihosomatică.

În aceeași perioadă se introduce învățământul Psihologiei Medicale în țara noastră,

titularul primului curs ținut la Secția de Psihologie a Universității București fiind **George Ionescu**. Acest curs, prezentat timp de un deceniu, din 1967 până la desființarea secției (1977) avea o orientare clinică și era axat asupra relației medic-bolnav în diferite ipostaze nosografice și situații clinice. Cu o durată de un an, cursul era dublat de "lucrări practice" care se desfășurau în Spitalul Dr. Gh. Marinescu sub forma "analizelor de caz". În anii următori, astfel de cursuri au fost introduse și la Universitățile din Cluj și Iași.

Tot atunci au apărut și primele studii și monografii de Psihologie Medicală care au contribuit la fundamentarea științifică a acestei științe în țara noastră: **"Introducere în Psihologia Medicală"** (**G. Ionescu**, Ed. Științifică, 1973), **"Psihosomatica"**(**G. Ionescu**, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1975), **"Elemente de Psihologie Medicală"** (**V. Săhleanu, A. Athanasiu**, Ed. Medicală, 1983), **"Psihologie Clinică"** (**G. Ionescu**, coordonator, Ed. Academiei,1985), lucrare distinsă cu premiul Academiei Române.

După cum se poate constata, cele mai reprezentative lucrări de psihologie medicală cuprind, în măsură variabilă, date, care actualmente sunt încorporate și statuate în domenii adiacente acesteia cum sunt psihopatologia, psihiatria, psihosomatica, psihoterapia, psihofarmacologia, psihanaliza, psihofiziologia, defectologia etc. O analiză a raporturilor dintre psihologia medicală și unele din aceste domenii ale cunoașterii umane poate contribui la o mai bună delimitare și o mai corectă evaluare a sferei și conținutului lor. Totodată, schițarea relațiilor tradiționale dintre psihologie și medicină ca și a conexiunilor și convergențelor dintre psihologie, pedagogie, sociologie și filozofie, poate reliefa mai elocvent sorgintea psihologiei medicale, sursele de inspirație și ariile sale de acțiune și interogație.

6. Conexiuni și convergențe între psihologia medicală și psihiatrie

Relațiile psihologiei medicale cu psihiatria sunt derivate din raporturile tradiționale ale acestei discipline medicale cu psihologia. Din ampla istorie a acestor relații reținem în primul rând faptul că "cea mai veche legătură a psihiatriei este cu psihologia" (**I. F. Poliakov**, 1971, p. 827). Implicarea reciprocă a celor două domenii, ca și formularea explicită și invocarea acestor relații sunt regăsite cu aproape un secol în urmă,când **V. H. Kandinski** (1890) considera că "datele generale și concluziile psihologiei științifice sunt obligatorii pentru psihiatrie, deoarece psihicul, deși tulburat, nu încetează să fie psihic" (cf. **B. V. Zeigarnik**, 1963, p. 610). Argumentând în același sens, **S. S. Korsakov** sublinia că "pentru a afla ce se întâmplă cu omul bolnav trebuie să studiem ce se întâmplă cu omul sănătos, să cunoaștem manifestările normale ale vieții psihice" (**ibidem**).

Analiza raporturilor dintre psihologie și psihiatrie confirmă în mare măsură faptul că în secolul nostru "evoluția acestor relații a fost complexă și dramatică; ea a cunoscut momente de apropiere, până la confundare, ca și momente de îndepărtare, chiar până la completa ignorare a psihologiei de către psihiatrie" (**I. F. Poliakov**, 1971, p. 822). Subliniind că ignorarea relațiilor dintre psihologie și psihiatrie a fost "greșită" și

"anormală", autorul consideră că fundamentarea lor cuprinde trei aspecte, și anume: a) implicarea teoriei psihologice în studiul general despre bolile psihice, b) dezvoltarea și valorificarea studiilor experimentale (psihopatologice) în cunoașterea bolilor psihice concrete, c) participarea psihologilor la îndeplinirea sarcinilor practice și a deciziilor din cadrul clinicii psihiatrice. Prin acest ultim deziderat abordăm de fapt analiza relațiilor dintre psihologia medicală și problematica psihologică din practica psihiatrică.

Dintre toate domeniile medicale, psihologia medicală păstrează cele mai multe legături cu clinica bolilor mintale și putem afirma că relațiile sale cu psihiatria sunt nu numai tradiționale, ci și paternale. Într-adevăr, așa cum se poate constata din istoria psihologiei medicale, **aceasta a apărut și s-a dezvoltat pe tărâmul psihiatriei, iar cei mai renumiți reprezentanți ai psihologiei medicale au fost medici psihiatri și au lucrat efectiv în domeniul bolilor psihice.**

La rândul său, acest domeniu al activității concrete a oferit promotorilor psihologiei medicale multiple sisteme de referință, întrucât psihiatria, univers deschis de o excepțională bogăție, "studiază tulburări polimorfe care interferează diversele aspecte ale personalității umane, situându-se la confluența fenomenelor biologice, psihologice, sociale și culturale" (**P. Marchais**, 1970, p. 1). Tocmai datorită acestui fapt, al diversității extreme a domeniului de studiu, "din psihiatrie au venit majoritatea informațiilor psihologiei clinice" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 23), psihiatrii fiind aceia care au realizat apropierea dintre medicina somatică și medicina faptelor psihice care-și poate găsi câmp fertil de dezvoltare pe terenul psihologiei medicale. În plus, prin analiza principalelor orientări și curente din psihologia clinică actuală se constată că acestea "au elemente comune în raporturile lor cu psihiatria", iar "creatorii acestor curente sunt psihiatri" (**P. Pichot**, 1969, p. 236).

Fără îndoială că specificul activității practice a creat această **situație privilegiată a psihiatrilor în raport cu psihologia întrucât, prin însuși conținutul lor, bolile psihice informează și formează medicul psihiatru asupra problematicii psihologiei umane în ansamblu**, acreditându-l, totodată, "apriori, cu cea mai bună cunoaștere a relațiilor psihologice ale omului bolnav și a modalităților evolutive ale relației medic-bolnav" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 236).

6.1. Caracterul interdisciplinar al psihiatriei, reunește cunoștințele medicinii și psihologiei.

Constituind un domeniu deschis, cu multiple sisteme de referință, de la pavlovism la structuralism, de la psihofarmacologie la psihanaliză și de la biochimie la sociologie, **psihiatria păstrează primordiale și profunde legături cu psihologia**, căreia îi oferă fapte clinice de generalizare, iar prin fenomenele psihopatologice de dezorganizare, sugestii privind structurarea și funcționarea normală a vieții psihice.

Din această complexitate a domeniului psihiatriei decurge, în primul rând, dificultatea definirii sale. Astfel, deși considerată "ramură a medicinii", psihiatriei i se

conferă o anumită particularitate care o definește ca "acea ramură a medicinii care se ocupă cu bolile psihice, boli a căror manifestare este comportamentală sau psihologică" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 1). De fapt, o caracteristică a psihiatriei constă în aceea că, fenomenele psihologice și psihopatologice care o fundamentează se manifestă și pot fi analizate într-o triplă ipostază: de cauze, de simptome și de agenți terapeutici.

Obiectul de studiu al psihiatriei îl constituie tulburarea psihică cu întreaga sa infrastructură biologică. Pornind de aici, unii clinicieni, bazați pe faptul că în terapeutica bolilor psihice "se utilizează mai ales tratamente chimice sau metode fizice, consideră că psihiatria cunoaște o orientare mai ales fiziologică, atât în modul de gândire, cât și în teoria psihopatologică" (**M. Balint**, 1966, p. 113).

Cu toate acestea, numeroși alți cercetători subliniază relațiile primordial psihologice ale psihiatriei. Astfel, se consideră că având ca obiect de studiu "tulburarea funcțiilor mentale", ca și "tulburarea comportamentelor sociale" și fiind "orientată spre funcționarea persoanei globale", psihiatria este strâns asociată cu "disciplinele medicinii clinice, pe de o parte, și cu disciplinele psihologice, pe de altă parte" (**N. Tallent**, 1963, p. 16).

Sub unghiuri operaționale, psihiatria este însă definită în mod diferit, în funcție de deplasarea accentului de la perspectiva etiopatogenică la cea clinico-terapeutică.

Din **perspectivă etiopatogenică**, psihiatria are în vedere "elucidarea cauzelor îmbolnăvirilor, cercetarea sindroamelor și simptomelor, a legilor apariției și dezvoltării acestora, a criteriilor evoluției și prognozei tulburărilor" (**B. V. Zeigarnik**, 1971, p. 832). În același sens, se apreciază că "psihiatria generală studiază legile fundamentale ale apariției și dezvoltării tulburărilor activității psihice, problemele de etiologie și patogenie, natura proceselor psihopatologice, cauzele lor, principiile de clasificare, problemele de reabilitare" (**O. Kerbikov**, 1972, p. 5).

Din **perspectiva clinico-terapeutică**, psihiatria este definită ca "o ramură a medicinei care se ocupă cu recunoașterea, tratamentul și prevenirea anormalităților și tulburărilor psihice" (**W. L. Rees**, 1976, p. 1).

Într-o definiție cuprinzătoare ce ține seama de ambele perspective, etiopatogenică și clinico-terapeutică, se consideră că "psihiatria reprezintă specialitatea medicală care studiază tulburările mintale, etiologia și patogeneza lor, organizează asistența și stabilește măsurile profilactice, terapeutice și de recuperare a bolnavilor cu afecțiuni psihice" (**V. Predescu**, 1976, p. 14).

Se constată astfel că obiectul de studiu al științei psihiatrice, ca dealtfel și acela al psihologiei medicale, nu îl constituie propriu-zis tulburarea, ci persoana care prezintă manifestarea psihopatologică, cu anxietățile, ambiguitățile și contradicțiile sale. Din acest punct de vedere trebuie reținut că deși "psihiatria studiază, descrie și tratează maladiile mintale", ea vizează, ca și psihologia medicală, "ființa biopsihologică" (**P. Marchais**, 1969, p. 247). Acest fapt se înscrie ca un alt element de convergență între psihologia medicală și psihiatrie care, lăsând în subsidiar boala, ipostaziază bolnavul, persoană umană unică în invidualitatea sa care, într-un anumit moment al existenței, prezintă o reacție, un proces sau o dezvoltare psihopatologică.

Aceste considerente ilustrează deschiderea psihiatriei către psihologie și în primul rând către **personologie**, care îi permite **să abordeze omul bolnav în universul său structural, în relațiile sale, cu istoria și motivațiile personale**, în accepțiunea sa de "om total". Această **viziune personologică** a permis psihiatriei să constate că în bolile psihice există o relație strânsă între evoluția premorbidă a personalității și fenomenologia clinică a afecțiunii.

Totodată, studiile de psihologie medicală au atras atenția și au orientat observația psihiatrică asupra **semnificațiilor personale** ale unor aspecte ale mediului psihosocial, a factorilor psihostressanți, psihotraumatizanți și frustranți. Subliniem, de asemenea, că în psihologia contemporană și mai ales în studiile anglo-saxone este tot mai frecvent invocată componenta exogenă a psihozelor, considerate, în psihiatria tradițională, ca fiind de natură "endogenă".

Datorită particularităților sale, obiectul de studiu al psihiatriei (persoana umană, omul bolnav psihic) este în același timp și subiect, ceea ce face ca cercetarea, ca și activitatea clinică obișnuită, să comporte exigențe deosebite, datorită naturii fenomenelor studiate. Prin aceasta, **studiul științific al psihiatriei contemporane se apropie de acela al psihologiei medicale**, ambele implicând în demersul lor epistemologic "particularități ale psihologiei umane, a căror bogăție, originalitate și suplețe scapă oricărei sistematizări" (**P. Marchais**, 1970, p. 3).

Convergențele și conexiunile dintre domeniile psihologiei medicale și psihiatriei actuale sunt ilustrate nu numai în planul cunoașterii clinice individuale, ci și în acela al investigațiilor complementare, în care "multe dintre tehnicile psihologice și datele obținute prin acestea sunt de o importanță fundamentală în psihiatrie" (**W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth**, 1969, p. 9). Cu toate că aceste metode de abordare, ca și procedeele de examinare specifice psihologiei clinice, au depășit ariile investigației psihiatrice, fiind aplicate și în alte domenii ale medicinii clinice, "nu trebuie omis faptul că la baza metodologică științifică a relațiilor dintre medicină și psihologie o constituie, înainte de toate, psihiatria" (**V. N. Miasiscev**, 1971, p. 802).

Cu toată această bază metodologică în mod real psihiatrică, psihologia medicală își extinde preocupările dincolo de ariile acesteia, asupra fiecărui domeniu clinic medical, abordând persoana sub unghiul psihologiei sale, în mod individual. Acest fapt a fost ilustrat prin dezvoltarea și aplicarea terapiilor psihologice în majoritatea domeniilor medicinei clinice.

Înainte de toate însă, **metodele de psihoterapie au realizat cele mai ample conexiuni dintre psihologie și psihiatrie** unde, alături de socioterapie și de alte mijloace de reintegrare, resocializare și reprofesionalizare, au contribuit în mod esențial la umanizarea ansamblului terapeutic în general și a condițiilor spitalizării în special. În acest fel, influența psihologiei medicale asupra asistenței psihiatrice a determinat "orientările psihologice ale psihiatriei ce au dus la consecințe psihoterapeutice, socioterapeutice și reabilitative hotărâtoare, care au influențat chiar structura organizării psihiatriei" (**K. Weise**, 1971, p. 66). Într-adevăr, în ultimele decenii, ca urmare a

influențelor și implicațiilor psihologice dar și a psihofarmacologiei, s-a înregistrat o schimbare fundamentală a pozițiilor psihiatrice, atât în cadrul științelor medicale cât și în societate" (**K. Weise**, 1971, p. 59), a avut loc un amplu proces de transformare a cărui esență constă în dezvoltarea psihiatriei sociale.

Influența psihologici, atât de marcată actualmente asupra psihiatriei, se extinde rapid și la alte domenii ale patologiei. Această extensie este determinată printre altele de **situația din medicina actuală**, în care **fenomenologia clinică acută**, tot mai limitată, **lasă loc patologiei de cronicizare**, ce va solicita în tot mai largă măsură aportul psihologiei, considerat esențial în demersurile de reabilitare.

6.2. Psihologia medicală și psihiatria biologică.

Faptul că psihiatria este o ramură a medicinei are un caracter postulativ deși, sub aspectul orientărilor, ea prezintă oscilații inerente între medicina biologică și larga problematică antropologică, delimitată actualmente prin așa-numita "medicină psihologică". Într-adevăr, realizând o disjuncție pe care o considerăm fastidioasă, unii clinicieni vorbesc de o "medicină biologică" alături de o "medicina psihologică", ale cărei "noncongruență" și orientare "trebuie să evolueze spre complementaritate și intricare" (**Lise Moor**, 1972, p. 6).

Precizăm însă că **psihiatria**, situată prin esența demersurilor sale, în aria medicinei **are nu numai o orientare biologică ci**, așa cum argumentează studiile genetice și biochimice, **o tot mai elocventă sorginte biologică**.

Dacă la aceste date adăugăm aporturile psihofarmacologiei, ilustrate sub aspect doctrinar prin date farmacodinamice și farmacocinetice, putem afirma că **psihiatria actuală se află pregnant ancorată în "organic", printr-un pivot etiopatogenic și prin altul** terapeutic, **psihofarmacologic**. Studiile din aceste două domenii, ce argumentează natura organică a proceselor psihotice, au devenit tot mai concludente în ultimul sfert de secol, anulând aserțiunea unor clinicieni conform căreia "în ultima sută de ani psihiatria este în pericol de a-și pierde conexiunile cu corpul medicinei" (**W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth**, 1969, p. 9). Cu toate acestea, nu trebuie ignorată "poziția particulară" a psihiatriei, care, după opinia autorilor, este situată între fiziologie și medicină, pe de o parte, și filozofie și psihologie, pe de altă parte.

Considerăm că această proximitate a psihiatriei a determinat diversitatea orientărilor și concepțiilor sale care se manifestă atât în explicația fenomenului psihopatologic, cât și în abordarea terapeutică a faptului psihiatric. Dacă însă teoriile etiopatogenice pot constitui într-o anumită măsură baza unor concepții etiopatogenice explicative (argumentate, dar nu suficient de elocvent demonstrate), mijloacele terapeutice au fost mai net și mai convingător validate, ilustrând astfel natura biologică a proceselor psihopatologice. Din acest punct de vedere, cei 30 de ani de la apariția psihofarmacologiei au constituit o reconfirmare a valorii sale, ajunsă actualmente la un triumf necontestat, care a determinat o remedicalizare a psihiatriei.

7. Interferențe și relații între psihologia medicală și psihopatologie

O clarificare a conținutului noțiunii de **psihopatologie**, folosită într-o ambiguă sinonimie cu aceea de **psihologie patologică** sau **patopsihologie**, impune o analiză a raporturilor sale cu **psihologia medicală**. Pe de altă parte, numeroși autori, în special sovietici, fac o distincție între **psihopatologia generală și psihopatologia specială**, după cum se încearcă o nuanțare, care nefiind argumentată apare ca metaforică și vag fondată, între **"psihologia patologicului și patologia psihologicului"** (**E. Minkovski**, 1966, p. 25).

În linii generale "psihopatologia studiază manifestările morbide ale vieții mentale" (**ibidem**, p. 3) sau "mecanismele și legile anomaliilor psihice" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 30). Totuși, cea mai completă și autorizată definiție, care de peste o jumătate de secol servește drept model de referință și sursă de inspirație, consemnează faptul că "psihopatologia constă în cunoașterea bolilor, a afecțiunilor și infirmităților mintale, adică în descrierea grupurilor de simptome sau sindroame ce caracterizează fiecare alterare mentală, în determinarea evoluției pe care o urmează, de la debut până la terminarea bolii și, dacă este posibil, în cunoașterea cauzelor sale" (**H. Wallon**, 1926, p.)

O altă distincție care se impune este aceea dintre **psihologia patologică și psihopatologie**, noțiuni folosite de cei mai mulți clinicieni într-o discutabilă sinonimie. Totuși, o analiză scrupuloasă și întrucâtva fastidioasă, distinge prin **psihopatologie** "o patologie a ceea ce este psihic, deci a mentalului" (**J. Favez Boutonier**, 1968, p. 449), apropiind-o astfel de psihiatrie, în timp ce, **psihologia patologică**, se ocupă mai puțin de maladia mintală, decât de ceea ce este patologic în mental, domeniul său fiind al "anomaliilor funcțiilor psihice" (**ibidem**) apropiindu-se astfel de psihologic. Sub alt unghi, distincția tinde să precizeze că psihopatologia se ocupă cu studiul bolilor, în timp ce psihologia patologică are ca obiect de cercetare studiul funcțiilor psihice, prin observarea anomaliilor întâlnite la pacienții psihiatrici.

Pe de altă parte, diferențierea dintre psihologia patologică și psihopatologie poate fi reluată și redată sub o nouă terminologie, prin introducerea noțiunilor de **psihopatologie generală** și **psihopatologie specială**. În acest cadru, **psihopatologia generală ar fi sinonimă cu psihologia patologică**, în timp ce psihopatologia specială ar păstra accepțiunea inițială a psihopatologiei. În această perspectivă, se apreciază că "psihopatologia generală este știința care studiază legile obiective de alterare a activității psihice, legile îmbolnăvirii psihice a persoanei"; totodată, "psihopatologia generală se ocupă, în afară de studiul analitic și sintetic al tulburărilor psihice ca atare și de studiul cauzelor și mecanismelor generale și specifice, precum și de studiul consecințelor acestor tulburări, în planul psihologic și biologic al persoanei" (**I. Iancu**, 1959, p. 100).

Într-o perspectivă mai amplă, "psihopatologia generală reprezintă una din componentele patologiei generale, ... în sfera acesteia figurând studiul particular și general al legilor tulburării activității psihice în diferite tipuri de boli" (**I. F. Poliakov**, 1971,

p. 822). În același timp, menționăm însă că "psihopatologia generală, deși este o disciplină cu caracter pregnant teoretic, nu se limitează la studiul speculativ al unor date teoretice, baza faptică a psihopatologiei constituind-o domeniul clinic din fiecare sector al medicinei, care-i oferă datele concrete, pe care, generalizându-le, ajută la rândul ei clinica, înarmând-o cu noi cunoștințe teoretice, comune domeniului respectiv al medicinei" (**G. Ionescu**, 1971, p. 269).

Spre deosebire de noțiunile mai sus amintite de psihopatologie (generală și specială) și de psihologie patologică, utilizate mai ales în studiile de limbă franceză și germană, noțiunea de **patopsihologie** este întâlnită mai ales în cercetările americane și ruse, ca desemnând "una din ramurile psihologiei care s-a format în ultimii 20 de ani, ca disciplină științifică, având un obiect de studiu, un sistem de noțiuni și metode de cercetare" (**I. F. Poliakov**, 1971, p. 829). În accepțiunea cercetătorilor, **patopsihologia** își conturează domeniul între neuropsihologie și psihopatologia experimentală. În demersul ei deductiv, **patopsihologia** pornește de la aspectul fenomenal, căutând să răspundă întrebării cum ? este tulburată o anumită funcție psihică, pentru a se apropia de esență, prin răspunsul la întrebarea de ce ?. Este posibil ca noțiunea de patopsihologie să fi fost aleasă întrucât exprimă orientarea predilectă a studiilor asupra aspectelor de patogeneză a tulburărilor, asupra mecanismului de producere a acestora. Ca un argument al acestei supoziții, invocăm faptul că studiile de **patopsihologie sunt axate asupra tulburărilor psihice consecutive unei suferințe cerebrale organice** (traumatisme cranio-cerebrale, leziuni vasculare, tumorale sau provenite în urma ingestiei de substanțe toxice sau droguri). Spre deosebire de patopsihologie care, după opinia noastră are o sferă mai restrânsă, obiectul său de studiu fiind experimentul clinic natural, **psihopatologia**, cu o arie mai largă și o problematică mai complexă, încearcă să răspundă la întrebările "de ce a apărut unul sau altul dintre simptomele sau sindroamele psihopatologice, care pot fi consecințele acestui fenomen asupra comportamentului și evoluției bolnavului, cum pot fi îndepărtate, atenuate sau compensate aceste fenomene" (**S. I. Rubinstein**, 1965, p. 21).

Apreciind că aceste clarificări noționale și delimitări erau necesare, întrucât "o frontieră se impune psihopatologiei" (**K. Jaspers**, 1928, p. 2), precizăm că "scopul psihopatologiei este de a învăța să cunoaștem viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu și cauzele sale multiple, independent de teoriile apriori" (**K. Jaspers**, 1928, p. 45).

Menționăm că spre deosebire de psihologia clinică ce are în vedere analiza cazului concret, a individualului și particularului, **psihopatologia** "nu analizează și nu descrie individualul, ci generalul, tulburările senzațiilor, percepțiilor, reprezentărilor etc. ... urmărind ceea ce se lasă exprimat în concepte, ceea ce se poate exprima în reguli, ceea ce poate fi conceput ca relație, ca raport ... ea caută reguli și concepte generale pentru a satisface exigențele care i se impun în cazuri particulare" (**ibidem**, p. 1).

Cu toate că acest punct de vedere a fost larg adoptat, fiind și actualmente acceptat, există clinicieni care vor să confere acestui domeniu un conținut mai concret și un obiect de studiu mai bine precizat, o disponibilitate concret-operațională, chiar atunci când este

vorba de psihopatologia generală. Ei consideră astfel că "se desemnează o psihopatologie generală, al cărei rol este de a defini liniile generale și principiile unei științe psihopatologice. Câmpul de observație al unei asemenea științe acoperă diferitele aspecte sub care se dezvăluie faptul psihiatric: structuri ale personalității morbide, lumile delirului, relația terapeutică" (**M. L. Mondzain, A. Porot,** 1965, p. 458). Prin aceasta, se extinde foarte mult sfera noțiunii de psihopatologie, interferându-se cu aceea de psihologie clinică, dar și de psihiatrie, cu atât mai mult cu cât "obiectul de studiu al psihopatologiei, faptul psihiatric, nu poate fi separat de subiect, de bolnavul psihic" (**ibidem**). În aceeași accepțiune extensivă, cu vădite implicații asupra psihologiei medicale, **psihopatologia** este definită ca "studiul științific al tulburărilor de comportament, al conștiinței și al comunicării cu cei din jur; ea urmărește să înțeleagă mai întâi faptul patologic printr-un efort de pătrundere în universul morbid al subiectului, sesizând semnificația simptomului pe care acesta îl trăiește; în sfârșit, ea stabilește legi generale referitoare la procesele mentale" (**N. Sillamy**, 1965, p. 210).

În opoziție cu acest punct de vedere, care privește psihopatologia într-o largă și desigur vagă accepțiune, definind-o prin elemente interferente cu acelea ale psihologiei clinice sau ale psihiatrici, alți autori îi restrâng în mod excesiv sfera, sărăcindu-i totodată conținutul. Astfel, se consideră că psihopatologia "constituie o parte a psihiatriei, care îi utilizează datele în scopuri terapeutice" (**H. Pièron**, 1963, p. 320), sau că psihopatologia s-ar reduce la "studiul asupra schimbărilor patologice ale psihicului", fiind "un capitol al psihiatriei" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 8).

Dacă autorii mai sus menționați includ obiectul psihopatologiei în domeniul considerat mai vast al psihiatriei, alții includ ampla problematică psihopatologică în psihologia medicală. Astfel, după ce definesc psihopatologia ca "știință a funcționării spiritului uman" se afirmă că aceasta ar constitui "o parte a psihologiei medicale" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 35).

Presupunem că în stabilirea raporturilor amintite, conform cărora psihopatologia ar fi o ramură a psihiatriei, autorii au avut în vedere faptul că izvorul datelor psihopatologice îl constituie mai ales clinica psihiatrică, după cum, de cele mai multe ori, psihiatrul, ca și psihologul din clinica psihiatrică, generalizând fapte de observație clinică, desfășoară cele mai elocvente studii de factură psihopatologică.

8. Problematica psihologiei medicale din perspectiva sociologiei și a psihologiei sociale

Atât prin sorginte și orientare, cât și prin faptul că angajează cel puțin două persoane, medicul și pacientul, **actul medical este totodată un act social.** Cu toate acestea, analizând situația formării și informării personalului medical asupra problematicii sociologice, se constată, nu fără surprindere, că "în timp ce cunoștințele despre medicină și fiziologie sunt amănunțite și relativ precise, cunoștințele despre sociologie sunt vagi

și imprecise" (**W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth**, 1969, p. 3).

8.1. Actul medical sub unghiul faptului social.

În condițiile actuale, cunoașterea aspectelor psihosociologice ale medicinei devine cu atât mai necesară cu cât relațiile medicinei cu psihologia medicală și cu psihologia socială se evidențiază nu numai în planul teoretic, ce vizează caracterul social al medicinei, ci și în demersul practic, și în primul rând investigator-anamnestic. Astfel, analiza istoriei bolii și a vieții insului, specifică psihologiei medicale, este în același timp analiza relațiilor sale cu alții, cu persoane semnificative sau cu grupuri ambientale, familiale și profesionale, inerentă psihologiei sociale.

Relațiile domeniilor amintite sunt evidente și sub aspect practic unde constatăm că investigațiile de psihologie medicală folosesc atât mijloace de examinare individuală (teste și tehnici), cât și chestionare și scale, specifice psihologiei sociale. În plus, examenul psihologic individual, considerat ca fiind prin excelență de psihologie medicală, implică o dimensiune socială, întrucât pacientul investigat aparține unui grup, caracterizat prin standarde, norme și modele. La rândul său, însuși examinatorul aparține unui grup social și profesional ale cărui reguli și standarde le respectă, cărora el se conformează și care, în ultimă instanță, îl modelează.

Totuși, spre deosebire de psihologia medicală, care încearcă să cunoască și să înțeleagă bolnavul în mod individual, cu disfuncția, dezadaptarea sau suferința sa, **psihologia socială își propune să-l cunoască în contextul său social, în mediul său familial și profesional, conturând astfel, chiar în condițiile bolii, cunoașterea omului total.** Acest fapt are atât o valoare epistemologică, întrucât îmbogățește cunoașterea etiopatogenică, precum și o valoare euristică, de **relevanță terapeutică**, știut fiind că **multe afecțiuni sunt generate și întreținute de factori din mediul sociofamilial** sau, dimpotrivă, **sunt ameliorate ori vindecate, prin organizarea sanogenetică a acestuia.**

Totodată, distanțându-se de psihologia medicală, care este orientată, printr-un efort de înțelegere și sprijin, spre o comprehensiune angajată, psihologia socială, printr-o atitudine constatativă, se menține într-o mentalitate detașată. Prin această disjuncție a procedeelor tehnice și a demersurilor epistemice, se realizează o necesară completare a cunoașterii, întrucât, spre deosebire de psihologia clinică, orientată asupra individualului și particularului, psihologia socială are viziunea ansamblului, a generalului, prin aceasta fiindu-i accesibilă sesizarea esențialului.

8.2. Problematica socială a unor situații psihologice personale și extrapolarea lor în fapte medicale.

Analiza raporturilor dintre psihologia clinică și psihologia socială aduce în mod inerent în discuție problematica socială a bolii, a sensurilor acesteia și a dimensiunilor propriu-zis patologice care-i sunt implicate, situând-o la distanțe variabile față de starea de sănătate.

Fără îndoială că majoritatea bolilor psihice sau somatice se întâlnesc, cu o incidență variabilă, în toate culturile, dar ce anume se înțelege prin boala respectivă, gradul de la care o anumită simptomatologie este apreciată și considerată ca boală care trebuie tratată, diferă de la un meridian la altul și, în ultimă instanță, depinde, în egală măsură, de procesul morbid, cât și de cultura dată. Constatăm astfel că, după cum există bolnavi care "se neglijează'" sau "se ignoră", considerând că afecțiunea lor nu impune un tratament specific, tot astfel, există culturi care ignoră o boală sau alta, considerând-o nesemnificativă sau minoră. Acest fenomen este determinat de faptul că una și aceeași fenomenologie clinică este apreciată în mod diferit în culturi diferite sau că se acordă o accepție diferită sintagmei nosografice care desemnează o anumită boală.

Este cunoscut faptul că în întreaga patologie, dar mai ales în psihiatrie, acuzele sau fenomenologia clinică, invocate ca exprimând o perturbare, pot fi înscrise pe o scală de semnificație și severitate, diagnosticul de boală fiind situat, în funcție de mediul socio-cultural, în mod diferit pe această scală.

Astfel, prin termenul de "cardiopatie ischemică" este desemnată atât algia precordială ce apare în mod spontan, intermitent, sau după efort, la o persoană de vârstă mai avansată, cât și situația în care fenomenologia precordială, algică, ilustrată printr-o manifestare specifică este însoțită de confirmarea bioelectrică a stării de suferință miocardică. Tot astfel, "depresia" desemnează atât starea afectivă negativă, consecutivă unei pierderi (materiale, morale sau afective), unei situații psihotraumatizante, psihostressante ori frustrante, sau reactualizării unor situații penibile din antecedente, cât și starea de dezangajare, de totală renunțare, de nonparticipare, de dezinvestire, de repliere retrospectivă și ruminație autopunitivă. Între prima situație, ce poate fi considerată comună oricărei persoane, și această ultimă manifestare a depresiei, diagnosticul cunoaște atât criterii de ordin medical, cât și patternuri statuate prin consens sociocultural.

Dealtfel, putem considera că, în majoritatea afecțiunilor, simptomatologia poate fi înscrisă pe o scală cuprinsă între problematica și preocuparea personală față de boală și faptul clinic ce poartă o semnificație autentic-medicală. Pornind de la acest amplu diapazon al accepțiunii noțiunii de boală, care în ultimă instanță ilustrează semnificația ei socială, putem constata că, în aria asistenței medicale tind să-și facă loc probleme și situații adiacente medicinei, ele fiind în fond fenomene de viață personală.

Această situație este favorizată de faptul că, într-o epocă relativ scurtă, pe măsura evoluției sale, societatea și-a asumat povara asistenței și ansamblului problematicii medicale. Dar, preluând această responsabilitate față de boală, societatea nu poate fi făcută responsabilă și pentru situații personale, de impas psihologic, ce nu au semnificație medicală. Astfel, printr-o extensie a "dreptului la sănătate", prin estomparea limitelor între faptul personal, social, și cel medical, numeroase probleme individuale sau cu implicații în domeniul psihologiei sociale sunt extrapolate în fapte "medicale"; în felul acesta, eșecurile școlare tind să devină cazuri medicale, conflictele conjugale, eludând consilierea psihologică, pretind terapii maritale, maleza frizează nevroza, iar bătrânețea, extrapolată în senescență, impune medicinei asistență. In fapt, are loc o translație a

expectațiilor de la impasul individual la faptul medical a cărui satisfacere este invocată cu insistență, în virtutea dreptului social la asistență.

9. Psihologie medicală, psihagogie și psihopedagogie

În strânsă legătură cu problematica socială a bolii, cu influența tot mai puternic exercitată asupra medicinei de către psihologia socială, se cosideră că "una din cele mai semnificative schimbări din medicină care au avut loc în ultimii 20 de ani este creșterea influenței psihologiei în educația medicală" (**R. M. Goldenson**, 1970, p. 763).

Formarea psihologică a medicilor, ca și informarea lor asupra datelor de psihologie clinică, aduc în mod inerent în discuție situații de natură pedagogică cu care clinicianul, medic sau psiholog, este confruntat în practică. Nevoia de continuă instrucție și informație, impusă de progresul tehnic, științific al domeniului clinic nu trebuie să lase în umbră problemele de educație și formație; astfel, cu cât nivelul tehnic al domeniului clinic este mai elevat, cu atât clinicianul devine mai tributar calității informației sale și "va resimți nevoia de a divesrifica și de a relativiza această informație, situând-o în cadrul unei perspective globale despre om în condițiile sale socioculturale" (**Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli**, 1980, p. 25).

9.1. Complianța la terapie și elemente de psihagogie.

Atât în terapeutica pediatrică, precum și în patologia psihică, pedagogia medicală își confirmă contribuția în problema cooperării pacientului la tratament și a fenomenelor adiacente acestuia, descrise sub denumirea de **complianță terapeutică**. Problemă cotidiană în pediatrie, prezentă în anumite grade și manifestări în întreaga patologie, complianța terapeutică prezintă uneori aspecte dramatice în psihiatrie. Într-adevăr, pacientul psihiatric, asemenea pacientului "pediatric", nu are întotdeauna conștiința bolii, nu cunoaște semnificația acesteia, fapt ce determină refuzul, hotărât sau disimulat, iar uneori opoziția manifestă, față de tratamentul care trebuie administrat. De fapt, **aria fenomenelor de noncomplianță terapeutică** depășește cu mult opoziționismul bolnavilor psihotici, **slaba aderiune la tratament întâlnindu-se** în măsură variabilă **în toate domeniile clinice și în toate condițiile medicale, de la tulburările nevrotice la afecțiunile neoplazice.** În plus, în afara fenomenului noncompliant manifest, nu pot fi omise **remanierile de către bolnavi a posologiei medicamentelor sau a duratei tratamentelor.** Astfel, studii efectuate în ultimii ani au indicat că în patologia generală nu există o strictă complianță la terapie decât în 15% din cazuri, acest procent fiind semnificativ mai mare la bărbați și mai mic la femei. Evident, factorii noncomplianței sunt extrem de diferiți, fiind mai ales în funcție de caracteristicile bolii, personalitatea pacientului, complexitatea și durata tratamentului, ca și de ampla fenomenologie relațională, în special transferențială, dintre medic și bolnav. Acești factori, întâlniți nu

numai în cadrul clinicii psihiatrice, ci și în alte domenii clinice, sunt susceptibili de a fi în mod evident influențați prin procedee pedagogice. Intervenția acestor procedee își ilustrează eficacitatea și în situația unor factori de înaltă relevanță în ansamblul elementelor acreditate să asigure o bună complianță. Astfel, știut fiind că durerea este un element esențial în acceptarea și respectarea tratamentului, s-a constatat că chiar în afecțiuni algice, ca artrita reumatoidă, complianța poate să scadă de la 69 % la 20 %, când sunt ignorate aspecte relaționale, înscrise în ansamblul măsurilor pedagogiei medicale.

9.2. Regresiile comportamentale sub unghiul pedagogiei medicale.

Influența pedagogiei asupra psihologiei clinice se exercită nu numai în privința problematicii medicale a copilului, așa cum se consideră în mod empiric, ci, în egală măsură, și în aceea a adultului bolnav, fapt relevat în mod elocvent de **fenomenul regresiei comportamentale**. Ilustrat printr-un ansamblu de manifestări atitudinale, în care sunt prezentate dorințele, aspirațiile și explicațiile ca și labilitățile specifice unor perioade din copilăria pacientului, **fenomenul de regresie este întâlnit în fiecare boală, fiind variabil în funcție de pacient și de condiția medicală**. Analiza acestor probleme ne-a dezvăluit faptul că fenomenul de regresie psihică pe care-l denumim de regresie comportamentală este în funcție de structura psihică a persoanei, de personalitatea premorbidă, experiența de boală a pacientului, ca și de natura afecțiunii prezentate, de gradul de severitate și de momentul evolutiv al acesteia. Desigur, în bolile psihice se constată o regresie comportamentală mai puternică decât în bolile somatice, ceea ce determină o dependență mai accentuată a pacienților față de terapeut, evoluția ei constatându-se, în grade și sub forme variabile, chiar și în perioada de remisiune.

Complexa **fenomenologie transferențială**, prezentă în fiecare relație interpersonală, se instituie de asemenea ca o problemă de pedagogie medicală. Ansamblul atitudinilor și sentimentelor terapeutului față de pacient, ca și totalitatea aspirațiilor, expectațiilor și convingerilor pacientului față de terapeut, respectiv **reacțiile de transfer și contratransfer** care influențează și chiar condiționează nu numai succesul oricărei psihoterapii ci însăși acțiunea farmacodinamică a medicamentelor, se înscriu în întregime în aria unei pedagogii medico-terapeutice.

De fapt, fenomenul **placebo**, atât de evident constatat de clinicieni și de elocvent ilustrat la unele persoane, mai ales în primele stadii ale aplicării tratamentului, se datorește înaltei investiții a pacientului asupra acțiunii terapeutice, induse prin mecanisme pedagogice empirice.

Subliniem însă că mânuirea relațiilor transferențiale, a fenomenelor regresiei comportamentale, ca și asigurarea complianței la terapie (care implică numeroase cunoștințe de pedagogie), nu pot fi reduse la însușirea unor date și observații empirice desprinse din practica activității clinice. Dimpotrivă, aceste probleme se înscriu în instrucția explicită și deliberat-organizată a studenților și medicilor, statuându-se într-o

componentă importantă a formării lor clinice, bazată pe datele unei pedagogii medicale științifice.

9.3. Pedagogia medicală în condițiile cronicizării stării de boală.

Deși tinde spre emancipare, bucurându-se de o tot mai largă și justificată acceptare, pedagogia medicală se află în strânsă interferență nu numai cu psihologia clinică, ci și cu clinica geriatrică, precum și cu alte domenii adiacente ca pediatria, psihiatria, psihosociologia, etica etc. Ea se prezintă sub forma unei "psihopedagogii medico-sociale" concepută "ca o sinteză simplificată a multiplelor cunoștințe psihologice, pedagogice, medicale și sociologice, în aspectele lor dinamice, aplicate la totalitatea biopsihosocială care constituie întreaga ființă umană" (**R. Lafon**, 1963, p. 500)

Aceste aspecte, ce pot alcătui o veritabilă antropologie medicală, devin și mai evidente în situația cronicizării stării de boală. În plus, o boală care prezintă acest potențial poate schimba viața pacientului în mod radical, atât sub aspectul rolului, cât și al statutului său profesional.

În privința conținutului măsurilor de asistență, menționăm că, dacă în faza acută a bolii în prim-planul acțiunilor figurau intervențiile clinico-terapeutice, în stadiul de cronicizare un rol esențial revine aspectelor psihopedagogice; pacientul trebuie readaptat și educat în vederea acceptării compromisului între modurile de viață permise și limitările impuse, între posibilitățile și exigențele noii sale situații biopsihologice. În aceste condiții aportul pedagogiei medicale își desvăluie virtuți esențiale, comparabile cu cele constatate la vârsta de școlaritate, în cadrul procesului instructiv-educativ întrucât "comportamentul oamenilor când cad în boală, ca și modurile lor de a lupta împotriva bolii cronice, ar putea furniza un material la fel de bogat ca cel cules prin observarea evoluției copilului spre maturitate" (**M. Balint**, 1966, p. 257).

În fapt, boala determină o limitare a libertății care, atunci când se prelungește în mod cronic, implică o trăire psihică ce impune o atitudine terapeutică, în mod esențial pedagogică.

10. Educația morală și psihologia medicală

Demersul practicii clinice, de la observație și investigație și până la conduita terapeutică, este marcat de o componentă morală a cărei dimensiune se înscrie într-un amplu evantai între atitudinea naturală exemplară și reglementarea juridică.

Considerăm că prin intermediul psihologiei medicale se realizează o reevaluare a eticii practicii medicale și o mai mare deschidere asupra complexelor probleme ale eticii profesionale. Aceasta este posibilă și datorită faptului că prin însăși formarea, ca și prin conținutul activității sale, psihologul clinician este mai abilitat și mai sensibilizat asupra datelor eticii decât medicul practician, apreciindu-se că "activitatea profesională a

psihologului din clinică este, în esența ei, o problemă etică" (**N. Hobbs**, 1973, p. 1513).

Relațiile dintre cele două domenii, etic și psihologic, pot fi analizate nu numai din punctul de vedere al normelor și valorilor morale ce trebuie implementate în actele și conduitele medicale, ci și sub unghi opus, pornindu-se de la activitatea clinică medicală la conștiința morală, cu atât mai mult cu cât sistemul regulilor de comportament al medicului, înscris în deontologie "este determinat de psihologie" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 16).

Sub aspectul normelor morale medicale sunt analizate în primul rând relațiile interpersonale dintre medic și bolnav, care însoțesc pe cei doi protagoniști ai actului medical de la inițierea relației anamnestice până la încheierea acțiunii terapeutice. În cadrul acestora, expectațiile pacientului sunt în strânsă dependență nu numai de valoarea profesională, ci și de ținuta morală a terapeutului, "încrederea bolnavului fiind inseparabilă de conștiința morală a medicului" (**G. Heuyer**, 1966, p. 291).

În afara aspectelor etice ale relației terapeutice, în cadrul normelor morale se înscriu și relațiile extraprofesionale (denumite, sub acest unghi, colegiale), care preconizează abținerea clinicianului de a minimaliza ori denigra pregătirea profesională sau orientarea terapeutică a altuia sau de a dezvălui, în fața pacientului, o eventuală eroare a colegului, știut fiind că "aceste aspecte, referitoare la etică, amenință în ultimă instanță evoluția stării bolnavului" (**V. M. Banscikov, V. S. Gusikov, I. F. Miagkov**, 1967, p. 173).

Pentru a se evita astfel de abateri de la normele morale, în unele țări, etica profesională este reglementată printr-un "cod de deontologie". Astfel, **Societatea Franceză de Psihologie** a elaborat un cod deontologic, ale cărui paragrafe cuprind reguli de conduită morală a căror valoare poate fi considerată universală. Acestea vizează:

- **etica profesională**, în cadrul căreia se stipulează că în "exercitarea profesiunii, psihologului îi este interzis orice act sau cuvânt ce ar putea atinge demnitatea ființei umane"; de asemenea, el "este conștient de necesitatea de a fi obiectiv circumspect când acțiunea sa implică noțiuni relative, ca: normal, anormal, adaptat, dezadaptat etc., care se cer aplicate persoanelor sau raporturilor dintre ele;

- **secretul profesional**, care se referă la "tot ceea ce psihologul a văzut, a auzit sau a înțeles în cursul practicii sale"; totodată, "în afara cazurilor de obligație legală, secretul trebuie păstrat în vorbe, ca și în conversație și în difuzarea documentelor";

- **respectul altuia**, prin care "psihologul trebuie să interzică orice act sau cuvânt susceptibil de a vătăma persoane fizice sau morale de care se ocupă profesional"; în plus, psihologul "nu trebuie să se folosească de mijloace profesionale pentru a se asigura de avantaje personale";

- **informarea științifică**, în virtutea căreia "fiecare psiholog trebuie să se informeze în mod constant asupra progreselor disciplinei sale", manifestând, în același timp, "grija de a comunica știința sa cât de complet posibil, într-un spirit de exactitate și adevăr";

- **autonomia tehnică**, prin care numai psihologul are "grija și responsabilitatea alegerii metodelor pe care le folosește" și, în același timp, "să refuze orice angajament pe care starea prezentă a tehnicilor sale nu-i permite să și-l asume";

- **independența profesională**, conform căreia, psihologul clinician, deși membru al echipei terapeutice, "nu trebuie să accepte condiții ce ar putea să atingă independența sa profesională, adică l-ar împiedica să aplice principiile deontologice enunțate".

După cum se poate constata, conduita morală a psihologului în clinică vizează ansamblul activităților și relațiilor sale, de la utilizarea mijloacelor investigatorii la alegerea metodelor psihoterapeutice, de la modul de relaționare cu pacienții la stilul de raportare cu colegii, de la datoria de informare științifică la devotamentul ilustrat în activitatea clinică. Depășind, după cum constatăm din paragrafele codului deontologic, aspectele etice ale aplicării psihoterapiei, "etica psihologului clinician este mai mult decât un simplu compendium de reguli pentru manevrarea contratransferului" (**N. Hobbs**, 1973, p. 1507). Aceasta cu atât mai mult cu cât prin înseși dezideratele sale, psihologia medicală are în vedere o "abordare sintetică a omului, înscriind individul în lumea valorilor familiale, profesionale și sociale care-i este proprie" (**A. Lamache, A. Burloud, P. Davost**, 1960, p. 48).

În privința învățământului eticii, devine tot mai elocventă opinia că actualmente etica medicală este tributară și dependentă de etica "filozofică", în sensul că studiile existente, bazate în exclusivitate pe elemente cognitive, ignorând componentele afective, au o orientare profund raționalistă. Astfel, se consideră că sub hegemonia școlilor cognitiviste, în etică s-a urmat o concepție baconian-carteziană în care cunoașterea este obținută în mod fragmentar prin unități distincte și organizată în categorii logice. Această linie de gândire a fost reconfirmată și argumentată de **I. Kant**, în concepția căruia, numai facultățile raționale ale ființei umane sunt relevante pentru etică. Din acest punct de vedere, ceea ce simte o persoană ar fi nesemnificativ sub aspectul moral al actului pe care aceasta îl întreprinde sau pentru alegerea care o face; astfel spus, sprijinul acordat din dragoste sau compasiune nu are valoare morală.

În medicină însă, acest sistem etic este insuficient întrucât "pentru medic este nefolositor să știe ce este bine dacă nu îl face" (**R. C. Sider, C. Clement**, 1982, p. 499). Din acest punct de vedere se consideră că din sistemul eticii medicale nu trebuie eliminat factorul afectiv; dimpotrivă, sub influența psihologiei medicale, educația etică și însușirea datelor eticii trebuie să cuprindă stimularea imaginației morale și dezvoltarea sentimentului de datorie morală, evitându-se "accentul pus pe raționament și argumentare ... pe analiza critică și utilizarea metodelor raționale" (**R. Macklin**, 1980, p. 84).

Fundamentată, stimulată și modelată de sistemul social, etica medicală contribuie la formarea unui mediu moral de înalt nivel umanitar în care normele morale să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atât de importante în cadrul activității clinice, ca și cunoștințele științifice și deprinderile tehnice.

BIBLIOGRAFIE

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966.

Banscikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediținskaia psihologiia*, Izd. Mediția, Moskva, 1967.

Chabalier, G., *Psychologie clinique*, "Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie" (red. R. Lafon), Press. Univ. France, Paris, 1963, p. 496.

Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de psychologie*, Masson, Paris, 1967.

Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, "Ann. méd.-psychol.", 1961, 9-10, 321-325.

Favez-Boutonier, J., *L'objet de la psychologie clinique*, "Bull. psychol.", 1968, 226, 21, 8, 449-451.

Fedida, P., *Perception et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, "Bull. psychol.", 1968, 270, 21, 908-929.

Goldenson, R. M., *Medical psychology, The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*, Doubleday, New York, 1970.

Guillaumin, J., *La signification scientifique de la psychologie clinique*, "Bull. psychol.", 1968, 270, 21, 936-949.

Heuyer, G., *Vingt leșons de Psychologie Médicale*, Press Univ. France, Paris, 1966.

Hobbs, N., *Ethics in Clinical Psychology, Handbook of Clinical Psychology*, (B. B. Wolman ed.), McGraw-Hill Book Company, New York, 1973, 1507-1514.

Iancu, I., *Unele probleme actuale ale psihopatologiei generale și sarcinile dezvoltării acestei științe în țara noastră*, "Revista de psihologie", 1959, 3, p. 99-119.

Ionescu, G., *Asupra accepțiunii noțiunilor de psihologie medicală, psihologie clinică, psihopatologie și psihiatrie*, "Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1971, 16, 3, p. 265-272.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Edit. științifică, București, 1973

Jaspers, K., *Psychopatologie générale* (trad. d'après la troisième édition allemande par A. Kastler et J. Medouse), F. Alcan, Paris, 1929.

Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie médicale*, Masson, Paris, 1980.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, Wiliams Wilkins, Baltimore, London, 1983.

Kerbikov, O., et al., *Psychiatrie*, Ed. Mir, Moscou, 1972.

Kretschmer, E., *Medizinische Psychologie*, G. Thieme, Stuttgart, 1956.

Lafon, R., *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant*, Press. Univ. France, Paris, 1963.

Lagache, D., *Eléments de psychologie médicale*, "Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie", 1961, 3, 37030 A10, p.1-2.

Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, "L'expansion scientifique francaise", Paris, 1960.

Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediținskuiu psihologhiiu*, Izd. Mediția, Leningrad,1966.

Macklin, R., *Problems in the teaching of ethics: pluralism and indoctrination*, în *Ethics Teaching in Higher Education* (D. Callahan, S. Box eds.), Plenum Press, New York, 1980.

Marchais, P., *Prospective des rapports entre la psychologie médicale et la psychiatrie*, "Ann. méd. psychol.," 1969, 127, 2, p. 247-253.

Marchais, P., *Psychiatrie et méthodologie*, Masson, Paris, 1970.

Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, Baillière, Tindal-Cassel, London, 1969.

Miasiscev, V. N., *K Voprosu o znacenii psihologhii dlia mediținî*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 801-802.

Minkovski, E., *Traité de psyhopathologie*, Press-Univ. France, Paris, 1966.

Moor, Lise., *Eléments de psychologie mèdicale*, "L'Expansion Scientifique Francaise", Paris, 1972.
Mowbray, R. M., Rodger, T. F., *Psychology in relation to medicine*, E. S. Livingstone Ltd., Edinburgh, London, 1963.
Pichot, P., *Psychologie médicale et psychiatrie*. "Ann. méd. psychol.", 1969, 127, II, 2, p. 233-249.
Pièron, H., *Psychologie clinique*, "Vocabulaire de la psychologie", Press. Univ. France, Paris, 1963, p. 319.
Poliakov, I. F., *Psihologhia i psihiatria*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, 821-830.
Porot, A., *Psychopatologie*, Manuel alphabétique de psychiatrie, Press. Univ. France, Paris, 1965.
Predescu, V., *Psihiatrie*, Edit. medicală, București, 1976.
Rausch-Traubenberg, Nina, *Images de psychologue clinicien*, "Bull. psychol.", 1968, 270, 21, p. 1015-1019.
Rees, W. L. L., *A Short Textbook of Psychiatry*, Hodder and Stoughton, London, Sydney, Toronto, 1976.
Rubinstein, S. L., *Ispolzovanie eksperimentalnovo metoda dlia izucenia psihopatologiceskih iavlenii*, "Voprosî eksperimentalnoi patopsihologhii" Ministerstvo zdravohranenia, Moskva, 1965, p. 14-41.
Săhleanu, V., Athanasiu, A., *Elemente de psihologie medicală*, Edit. medicală, București, 1983.
Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Payot, Paris, 1969.
Schraml, W. J., *Précis de Psychologie clinique*, Press. Univ. France, Paris, 1973, p. 9.
Shakow, D., *Clinical Psychology*, "Comprehensive Textbook of Psychatry", III, vol. 3 (H. I. Kaplan et al. eds.), Williams-Wilkins, Baltimore-London, 1980, p. 2990-3000.
Sider, R. C., Clements, C., *Psychiatry's Contribution to Medical Ethics Education*, "Am. J. Psychiat.", 1982, 139, 4, p. 498-501.
Sillamy, N., *Dictionnaire de la psychologie*, Larrouse, Paris, 1965.
Sivadon, P., *Traité de psychologie médicale*, Press. Univ. France, Paris, 1973.
Tallent, N., *Clinical Psychological Consultation*, Prentice-Hall, Inc., London, 1963.
Veil, Cl., *Les psychiatres ont-ils vocation à enséigner la psychologie médicale ?* "Ann. méd. psychol.", 1969, 127, 2, p. 254-257.
Wallon, H., *Psychologie pathologique*, Alcan, Paris, 1926.
Weisse, K., *Stellung und Function der Psychopathologie*, în: "Sozial-psychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft" (B. Schwarz, K. Weise, A. Thom, red.), Veb Georg Thième, Leipzig, 1971, p. 59-89.
Zazzo, R., *Les ambiguitès de la notion de Psychologie clinique*, "Bull. psychol.", 1954, 7, 5, p. 314-319.
Zeigarnik, B. V., *Psihologhia i psihiatria*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1963, 4, p. 609-617.
Zeigarnik, B. V., *Nekatorîe actualnîe problemî patopsihologhii*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imenii S. S. Korsakova" 1971, 71, 6, p. 831-834.

Capitolul II

CONDIȚIA PSIHOLOGICĂ ÎN MEDICINA CLINICĂ

1. Caracterul tradițional al relațiilor dintre psihologie și medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică

Ca știință a omului aflat în suferință, medicina a preconizat întotdeauna necesitatea abordării individuale și comprehensibile a ființei umane; privit inițial ca un deziderat, acest mod de abordare, prin continuă și constantă aplicare, a devenit un postulat care a călăuzit gândirea clinică și practica medicală de-a lungul întregii sale istorii. Totuși, deși istoriografia modernă aduce date privind cunoașterea corelatelor psihologice ale manifestărilor somatice încă din cele mai vechi timpuri, mai ales medicina Greciei antice conferă unității somatopsihice a bolii și caracterului unitar al trăirii suferinței, interpretări și accepțiuni care pot fi considerate științifice. Astfel, **Școala din Cos**, ale cărei opere sunt atribuite lui **Hipocrat**, postulează faptul că pentru a cunoaște corpul omenesc și tulburările sale trebuie să avem cunoștințe despre totalitatea cauzelor, iar în vederea realizării unui bilanț etiologic complet preconizează necesitatea cunoașterii constituției fizice, a organizării psihice, precum și a mediului fizic și social al bolnavului. Preconizând o viziune de ansamblu, integratoare și dinamică asupra omului bolnav, sub unghiul comprehensiunii sale unitare, **Școala din Cos** se opunea concepției specifiste a abordării fragmentare promovată de **Școala din Cnidos**.

Această opoziție în abordarea și înțelegerea omului bolnav, întâlnită la cele două școli medicale de prestigiu ale antichității, a fost perpetuată de-a lungul secolelor și cristalizată în concepții etiopatogenice și terapeutice diferite care se regăsesc astăzi într-o unitate contradictorie a cărei esență dialectică o considerăm pe deplin veridică. Astfel, concepția comprehensivă și în fapt materialistă a școlii din Cos vizează **modul de înțelegere unitară a bolnavului** și se manifestă în raționamentul clinicienilor, fiind expresia convingerii lor doctrinare, în timp ce concepția școlii din Cnidos a cuprins **modul de abordare, de investigație și cercetare** care impune analiză, abstractizare, aprofundare.

La rândul ei **medicina antichității romane**, prin reprezentantul său de frunte, **Galen**,

creatorul tipurilor temperamentale, a demonstrat corelația, constant reluată până în zilele noastre, între constituția fizică și comportament. Astfel, se considera că manifestările psihice, în special cele de ordin pulsional, sunt o consecință a combinării în proporții variabile a celor **patru umori fundamentale** (sângele, bila, flegma și limfa) care, la rândul lor, prin exces sau insuficiență, pot tulbura starea psihică. În felul acesta, **Galen** a exprimat în modul cel mai explicit ideea conform căreia "corpul tinde să fie afectat de stările mentale", fapt pentru care a fost considerat "precursor al doctrinelor psihosomatice" (**P. Pichot**, 1968, p. 11).

Se constată astfel că **medicina antichității** a sesizat, și nu rareori a cercetat, implicațiile psihologice ale bolilor somatice și prin aceasta **a creat premisele relațiilor dintre psihologie și medicină**. Reținem totodată faptul că "în perioadele civilizației antice asiro-babiloniene, grecești și romane a fost recunoscută importanța legăturilor psihic-corp, deși natura acestor relații a fost interpretată diferit, în funcție de variabile culturale" (**H. I. Kaplan**, 1967, p. 1036). Cu toate aceste interpretări diferite, determinate de structura socială specifică, se poate afirma că antichitatea, recunoscând unitatea somato-psihică, a promovat o medicină holistică, în care datele psihologice constituiau argumente esențiale în aprecierea etiopatogenică și orientarea terapeutică.

Spre deosebire de antichitate în care corelațiile psihologiei cu medicina erau frecvent atestate, evul mediu nu permite avansarea și detașarea unor idei demne de-a fi reținute de psihologia clinică actuală. Pot fi remarcate însă sublinierile celebrului medic englez **Sydenham**, denumit "Hipocrate al Angliei", asupra naturii psihice sau organice a unei afecțiuni, care se poate manifesta clinic prin simptome asemănătoare. Totodată, el a insistat asupra etiologiei psihogene a unor afecțiuni, introducând în medicină doctrina denumită "psihologism".

Ideile lui **Sydenham** au fost dezvoltate și bună parte clarificate de școala medicală italiană a secolului 18 care, prin **Baglivi**, evidențiază importanța stărilor emoționale în etiologia afecțiunilor somatice. Se subliniază astfel că emoțiile nu se instituie numai în concomitențe ale tulburărilor somatice, ci constituie deseori cauza lor directă, întrucât "este un adevăr evident pentru toți că o mare parte din boli își trag originea din grijile care apasă pe umerii fiecăruia" (**Baglivi**, cit. **P. Pichot**, 1968, p. 15).

Interrelațiile dintre tulburările psihice și cele somatice au fost exprimate în mod inspirat prin noțiunea de **psihosomatică** lansată de către **Heinroth** (1818), care căuta să argumenteze "etiologia morală" a bolilor, în general, și a psihozelor, în particular. Demersul deductiv al influenței bolilor somatice asupra stării psihice a fost exprimat de către **Jacobi** (1822) prin termenul de **somatopsihic**. Cu toate că aceste noțiuni au fost larg acceptate și rapid răspândite, elementele care vor fundamenta orientarea psihosomatică modernă au fost expuse, cu două decenii mai târziu de către **Cabanis** (1843), în remarcabila sa lucrare **Relațiile dintre fizic și moral**.

În ultimele două decenii ale secolului trecut, sunt elaborate studii care pot fi considerate clasice în domeniul relațiilor dintre psihologie și medicină, ca și al relațiilor dintre tulburările psihice și cele somatice. Astfel, **Fabre** (1880) militează pentru a imprima

în medicina epocii o gândire corelativă în sensul analizei și interpretării relațiilor dintre tulburările psihice și funcțiile somatice viscerale întrucât, conform opiniei sale, "se vede că o alterare nervoasă alterează un viscer, iar alterarea funcționării viscerului perturbă sistemul nervos" (**Fabre**, cit. **P. Silva**, 1959, p. 39).

Rolul psihopatogenetic al emoțiilor în etiopatogenia manifestărilor somatice este în mod elocvent prezentat și argumentat de către **F. Féré** (1892) în lucrarea **Patologia emoțiilor**, care este considerată un veritabil tratat de medicină psihologică. Bazat pe un spirit de observație particular și realism clinic surprinzător pentru epoca sa, **Féré** subliniază faptul că reacțiile și manifestările somatice, consecutive emoțiilor, sunt asemănătoare cu acelea care rezultă din acțiunea agenților fizici; totodată, el menționează faptul că atât agenții externi, cât și reprezentarea lor emoțională pot determina reacții generale și locale, variabile în funcție de condițiile anterioare ale persoanei.

În ultimul deceniu al secolului trecut, spitalul Salpétrière din Paris a devenit un centru al studiilor privind relațiile dintre stările psihice și manifestările somatice, domeniu în care s-au acumulat observații și s-au elaborat lucrări considerate actualmente clasice. Acest fapt a fost posibil întrucât aici au lucrat, sub conducerea lui **Charcot**, psihologi și medici de renume mondial ca **M. Bernheim, A. Binet, S. Freud, P. Janet** și alții, care, plecând de la studiul somatizării tulburărilor psihice din isterie, **au deschis marele capitol al interferențelor dintre afecțiunile somatice și tulburările nevrotice.**

Această împrejurare i-a permis lui **S. Freud** să elaboreze la Salpétrière multe din ideile de bază ale psihanalizei, pe care elevii săi au statuat, în secolul nostru, ceea ce putem denumi **psihosomatica psihanalitică**. Astfel, în 1893, **S. Freud** împreună cu **Breuer** publică în **Neurologisches Zentralblatt** studiul **Asupra mecanismului psihic al fenomenelor isterice**, lucrare programatică a psihanalizei, care postulează existența "traumelor psihice" atât de puternic incriminate în patogenia nevrozelor și a bolilor psihosomatice. Tot aici este prezentat și **mecanismul abreacției**, fenomen de eliminare a elementelor patogenice care condiționează eficiența intervenției psihoterapeutice, ca și **mecanismul conversiei**, definit de **Freud** ca o transpoziție a sumei de emoții în corporal, în vederea neutralizării reprezentărilor incompatibile.

Cu toate că mecanismul conversiei nu a fost încă elucidat și acest "salt misterios de la psihic la somatic" (**S. Freud**) rămâne să fie descifrat, în prima jumătate a secolului nostru s-au adunat numeroase date și fapte de observație clinică, s-au avansat supoziții și teorii patogenice privind influența factorilor psihotraumatizanți, frustranți și psihostressanți în apariția și evoluția celor mai multe boli somatice. Într-adevăr, așa cum se subliniază, "în apropierea psihologiei de medicină o mare însemnătate a avut-o studiul reacțiilor psihogene, al nevrozelor, ca și al bolilor psihosomatice" (**V. Miasiscev**, 1971, p. 802).

Prin aceasta, implicațiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit neîndoielnice, ele fiind actualmente supuse studiului prin minuțioase programe științifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice. Astfel de studii se impun, din numeroase considerente, dar mai ales în virtutea faptului că actul medical, deși științific în plan

teoretic, devine, sub aspect practic, un fapt psihologic. Acest demers, de la medical la psihologic, fără a fi mai puțin științific, în ciuda caracterului său empiric, constituie o trăsătură constantă a fiecărui act clinic "ce asigură extraordinara unitate a medicinei în toate locurile și în toate timpurile" (**A. Lamache, A. Burloud, P. Davost**, 1960, p. 21).

În ultimele decenii implicațiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit axiomatice, rolul psihologiei fiind recunoscut "nu numai în relația terapeutică și în motivația de vindecare a pacientului, ci și în faptul că medicii au devenit conștienți de existența unor factori emoționali asociați cu boala însăși" (**R. Goldenson**, 1970, p. 763). Acest fapt este acceptat de toate școlile medicale, întrucât "independent de caracterul specialității sale, orice medic care abordează o boală, analizând particularitățile evoluției sale, studiază totodată starea psihică a bolnavului: conștiința, dispoziția, conduita, atitudinea față de boală" (**O. Kerbicov** et al., 1972, p. 6).

În epoca noastră psihologia medicală, bazată pe tradițiile sale integrative și înalt-umanitare, pune în centrul preocupărilor sale omul aflat în suferință, abordându-l într-o viziune dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării psihoindividuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivelor sale.

2. Contribuția personologiei la implicarea medicală a psihologiei

Preocupările și studiile din domeniul personalității au cunoscut în ultimele decenii o deosebită amploare, datorită necesității unei viziuni integrative asupra omului în stare de sănătate sau de boală; în plus, studiul personalității s-a dezvoltat și ca o replică asupra analitismului excesiv și interpretării unilaterale și acontextuale a unor funcții sau procese psihice izolate.

Menționăm de asemenea faptul că deși conceptul de personalitate a fost cunoscut încă din antichitate, el a fost folosit inițial de către medici, care au descris "maladii ale personalității", "personalități psihopatice", "dedublarea personalității" etc. De la această abordare inițială a personalității în patologie, s-a trecut la studiul ei în psihologie cercetările fiind întreprinse însă tot de către medici, și anume de psihiatri, care aveau o mai mare deschidere și un plus de informare asupra problematicii psihologice și sociale. În acest context se subliniază că în special psihopatologiei franceze "îi revine onoarea de a fi pus în psihologie problema personalității și de a fi căutat formule teoretice care să țină seama de manifestările ei normale și morbide" (**D. Lagache** et al., 1965, p. 4).

Plasarea problematicii personalității în centrul preocupărilor din acest domeniu a constituit un punct de vedere larg acceptat, devenind treptat un postulat, prin sublinierea faptului că psihologia medicală "reliefează și delimitează rolul și locul particularităților psihice ale personalității în prevenirea, apariția, evoluția și terapia afecțiunilor, în păstrarea și consolidarea sănătății" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 5).

Pe de altă parte, în afara legăturilor tradiționale între psihologie și medicină, a rolului imens pe care psihologia îl are nu numai în înțelegerea faptului medical, ci și în desfășurarea actului medical, trebuie amintită aserțiunea conform căreia "originea teoriilor personalității datorează foarte mult profesiei medicale și exigenței practicii medicale" (**C. Hall și G. Lindzer**, 1957, p. 4). Într-adevăr, făuritorii celor mai interesante teorii ale personalității (**P. Janet, S. Freud, C. G. Jung, Mc Dougall, I. P. Pavlov** ș.a) au avut nu numai o instrucție de bază medicală, dar au și practicat în domeniul medical. Chiar dacă prin formația lor primară aceștia (ca și mulți alții) nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu al medicinii, în care multe din observațiile lor constituie achiziții prețioase, probabil definitive.

Cu toate acestea, psihologia academică, în autoexigența și scrupulozitatea sa, fixată rigid pe anumite poziții teoretizante, nu a manifestat suficientă deschidere asupra acestor opinii ce veneau din afară, din partea unor cercetări care, prin dezinvoltura construcțiilor teoretice, minimalizau aspectele experimentale în favoarea datelor observațional-comportamentale. Pe de altă parte, aceștia, eliberați de preceptele psihologiei tradiționale, dar și de disciplina și rigoarea unor norme și criterii considerate etern valabile și atotcuprinzătoare, au putut avansa, în domeniul de studiu, desigur inepuizabil, al psihicului uman.

Terenul faptelor psihopatologice a permis cercetătorilor din domeniul personalității să formuleze, să caute și să construiască răspunsuri la unele probleme care, cel puțin sub aspectul practicii și al necesităților imediate, se situează în centrul problematicii antropologice. Desigur, din aceste întrebări nu puteau lipsi acelea cu privire la ctiologia și patogenia diverselor stări și sindroame psihopatologice, la motivațiile comportamentului aberant etc.

Spre deosebire de cercetătorii psihologiei clasice, tradiționale, teoreticienii personalității erau mai pragmatici în orientare și aveau mai mare dezinvoltură în interpretarea fenomenelor observate. Deși uneori construcțiile lor teoretice asupra structurii psihologice a insului erau doar orientative sau formate din elemente plauzibile și "apriori inteligibile" (**K. Jaspers**), ei se bazau în general pe faptele observației cotidiene, înălțând edificiul teoriei lor pe cărămizile arse în focul experimentului pe care natura îl realiza cu mintea omului.

Bazați pe experimentul realizat de boală, teoreticienii personalității s-au axat implicit pe aprecierea persoanei în contextul său social și respectiv relațional. De fapt, nu numai din perspectiva psihologiei și a personologiei, ci din însuși interiorul medicinei și al practicii medicale se solicită, "în mod manifest, un efort, nu numai material ci și pe planul ideilor și reflexiei, în vederea luării în considerație a parametrilor legați de personalitatea pacientului și a mediului său" (**Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli**, 1980, p. 11). Tocmai de aceea, considerăm că studiul personalității se dezvoltă atât ca o replică la analitismul excesiv și la interpretarea unilaterală și acontextuală asupra unor aspecte, funcții sau procese psihice, cât și datorită necesității unei viziuni integrative

asupra omului, în stare de sănătate sau de boală. Astfel, fiecare teorie a personalității pledează, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru **studiul conduitei în context**, ceea ce impune, fără îndoială, aprecierea insului sub aspectul integralității și al **sintetismului**, aceasta din urmă putând fi considerată ca o a doua caracteristică a teoriilor personalității.

În afara integralității și a sintetismului, teoriile personalității mai pun accentul pe aspectul **organizat** al variabilelor insului. Integralitatea, sintetismul și organizarea se realizează însă într-o manieră singulară, originală, fapt ce conferă **unicitate** insului. Prin jocul potențialităților genetice, achizițiilor și influențelor social-istorice, el este construit și se autoconstruiește în lumea sa, ca o entitate unică, indivizibilă, irepetabilă.

Căutând un model general de structurare și organizare a insului, teoriile personalității îl înalță pe un piedestal, îi respectă și-i ilustrează în același timp caracterul său inedit, originalitatea sa, modul său singular de a fi în lume. Această achiziție modernă a personologiei nu este deloc străină medicinei, care a ridicat-o la rangul de principiu încă de la începutul existenței sale, exprimând-o prin aforismul conform căruia "nu există boli ci numai bolnavi", înțelegând prin aceasta că, la fiecare, **boala se dezvoltă nu numai în funcție de natura și intensitatea agentului patogen, ci și de reactivitatea biopsihică a insului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă față de agresiunea psihică sau somatică, de experiența sa patologică, în ultimă instanță în funcție de personalitatea sa.**

3. Relații interprofesionale în principalele domenii psihomedicale

3.1. Conținutul relațiilor profesionale dintre medic și psiholog.

Contribuția tot mai importantă a psihologului în clinică a deschis problema raporturilor dintre cele două domenii de activitate, medical și psihologic, în ultimii ani tot mai invocate și mai științific statuate, ce nu trebuie totuși confundate cu relațiile profesionale dintre medici și psihologi, care sunt mult mai nuanțate.

În esență, relațiile dintre cele două profesii, medicală și psihologică, sunt determinate de natura activității fiecăruia, respectiv de caracterul ei "intrinsec" sau "euristic". Astfel, când activitatea din cadrul unei profesii are o natură **intrinsecă**, izvorând din însuși specificul profesiei, ca de exemplu în medicină, aceasta se află într-o poziție sigură, ferm delimitată, practic necontestată. Dimpotrivă, când natura activității are un carcater **euristic**, așa cum întâlnim în psihologie, profesia respectivă are un statut mai slab conturat, uneori minimalizat sau chiar contestat, conținutul activităților sale fiind mai vag delimitat.

În fapt, relațiile dintre două profesii decurg din caracterul activității lor, care poate fi: a) contributiv, b) complementar sau c) competitiv.

În analiza relațiilor dintre profesia medicală și aceea de psiholog, activitățile întâlnite au atât un caracter **contributiv**, ilustrat mai ales în psihiatrie prin demersul investigativ, cât și un caracter **competitiv**, ilustrat în domeniul terapeutic prin asumarea de către psiholog a rolului de psihoterapeut.

Precizăm faptul că, în general, **caracterul contributiv** ca și cel **complementar** al activităților unei profesii față de alta nu determină conflicte semnificative, acestea fiind semnalate numai în cazul activităților competitive. Astfel, se consideră că "nu există discuții cu privire la contribuția esențială și fundamentală a psihologiei la dezvoltarea testării psihologice în general și a testării diagnostice în special și, în consecință, nu există opoziție față de intrarea acestora în atribuțiile psihologului, ca drept al său profesional" (**A. W. Hunt**, 1973, p. 1459). Pe de altă parte, se constată o opoziție a medicilor de a acorda psihologilor dreptul de a pune diagnosticul în domeniul bolilor - nu numai somatice, ci și psihice - întrucât actul de diagnosticare este, profesional, legal și tradițional statuat, "ca o funcție medicală necesară responsabilității medicului față de pacient". Astfel, în urma observațiilor și investigațiilor sale, "psihologul poate spune că un pacient se comportă ca un psihotic, dar să-l diagnosticheze ca atare, în scopul unui demers terapeutic sau social, este o funcție ce aparține domeniului medical" (**ibidem**).

În privința activităților **competitive** care există între medicină și psihologie, menționăm că acestea se întâlnesc în psihoterapie. Aici, deși actul terapeutic se înscrie în responsabilitatea medicului, considerăm că **argumentele psihologului de a practica psihoterapia sunt legitime, ele fiind susținute atât de elevația formării sale, cât și de aspecte principiale privind contribuția științei psihologice la elaborarea tehnicilor și la descifrarea proceselor psihoterapeutice.**

Din această perspectivă, a competitivității și complementarității profesiei de psiholog clinician față de aceea de medic, în ultimii 15 ani au avut loc ample analize asupra "locului pe care-l ocupă psihologul în lumea medicală" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 24). Aceste analize, care trebuie apreciate drept contribuții la delimitarea și consolidarea statutului profesional al psihologului clinician, au fost detrminate, și sunt încă întreținute de anumite particularități ale profesiei de psiholog care se prezintă în plan clinico-antropologic cu investitura mesajului filozofic.

3.2. Particularități ale relațiilor profesionale dintre medic și psiholog.

Una din aceste particularități constă în faptul că spre deosebire de relațiile medicului cu alți specialiști angajați în munca de investigație, relații mediate prin aparate, prin produsele recoltate sau prin rezultate, colaborarea cu psihologul implică relații directe, determinate de specificul abordărilor sale, care sunt nemijlocite și interpersonale. Într-adevăr, analizând conținutul activităților psihomedicale, constatăm că "specificul colaborării medicului cu psihologul constă în faptul că acesta ia parte, în modul cel mai strâns, la relația medic-bolnav. Această muncă tematică se extinde de la stabilirea unei

anamneze biografice asupra diagnosticului personalității, până la diagnosticul nevrozelor și luarea de anumite măsuri psihoterapeutice și psihagogice" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 14).

O altă particularitate a celor două profesii subliniază că "patternul profesional" al psihologilor clinicieni este asemănător cu acela al medicilor, în general, și al psihiatrilor, în special. În plus, formarea, abilitatea și competența psihologului clinician în domeniul sănătății mintale "îl fac să fie larg folosit în clinici și spitale..., care au nevoie de o cantitate enormă de activitate în domeniul psihologiei medicale" (**E. R. Hilgard, R. C. Atkinson**, 1967, p. 603).

Această activitate nu se desfășoară numai în aria investigației, asistenței, terapiei și reabilitării, ci și prin participarea la instanțe decizionale cum sunt comisiile medico-judiciare de stabilire a discernământului, a nivelului de responsabilitate sau evaluare a gradului de invaliditate. Valoarea aportului său în aceste domenii a determinat ca "introducerea psihologului în comisiile de expertiză și în activitatea centrelor de reabilitare să fie recunoscută în toată lumea" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 18).

Menționăm totodată faptul că prin eficacitatea contribuției sale psihologul clinician s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiționale, ci și în altele noi, cum este farmacologia unde testarea efectelor acțiunii farmacodinamice a devenit o activitate inerentă psihologiei clinice. Într-adevăr, aria activității profesiei de psiholog clinician este deosebit de vastă, întrucât, "ocupându-se atât de adulți cât și de copii, psihologii clinicieni sunt angajați în toate domeniile dezordinilor mintale și emoționale" (**R. M. Goldenson**, 1970, p. 215), atât în unități medicale ambulatorii, cât și în spitale, în centre ale sănătății mentale, precum și în "instituții de corecție, în școli și în tribunale" (**ibidem**).

3.3. Prejudecăți, supoziții și certitudini în relațiile profesionale dintre medic și psiholog.

Subliniem însă că datorită interferenței ariilor de activitate cu aceea a medicului, ca și particularităților profesionale asemănătoare "psihologul clinician își găsește cu greu locul", iar "lipsa de diferențiere a rolului său este în parte responsabilă de dificultățile socioprofesionale pe care le are". (**Nina Rausch de Traubenberg**, 1968, p. 1015).

Fără îndoială că inconsistența rolului profesional al psihologului clinician în comparație cu acela al medicului se datorește în primul rând diferențelor statutului profesiei de medic față de acela al profesiei de psiholog, întrucât, în timp ce medicina se bazează pe o veche tradiție, psihologia, cunoscută ca o ramură a filozofiei, a pătruns în clinică după o perioadă de câteva milenii. Datorită acestui fapt, faza inițială a colaborării psihologului clinician cu medicul "a fost tulburată de prejudecăți care, de cele mai multe ori, își aveau cauza în informarea insuficientă asupra posibilităților psihologiei clinice...ceea ce a dus la subaprecierea psihologului și de aici la subsolicitarea acestuia" (**S. Hellmut**, 1971, p. 94).

Ulterior însă, pe baza analizei similarităților și interferențelor dintre activitatea

psihologului și a medicului, unii clinicieni (**T. Greening** și **T. Bugenthal**, 1962) au preconizat că dezvoltarea psihologiei clinice ca profesie va fi însoțită de "conflicte interpersonale considerabile". Într-adevăr, după câțiva ani, datorită acestor factori, cât și extinderii ariei psihologilor clinicieni, au fost formulate aserțiuni, desigur hazardate, conform cărora "medicii se tem că în curând vor fi subminați de psihologi" care "ar reduce pe medici la rolul de simpli sanitari" (**R. Mises, M. Bailly Salin**, 1968, p. 443). Această tensiune relațională interprofesională a fost semnalată și în cadrul echipei terapeutice, unde a fost invocată "o aparentă unitate" și o "situație plină de contradicții" în care domină "luptele de prestanță" susceptibile de a genera "o patologie a relațiilor medic-psiholog în spitalele de psihiatrie" (**R. Gentis**, 1968, p. 551).

Aceste supoziții fanteziste, au fost generate de un anumit impas al medicinei în sfera relațiilor medic-bolnav. După cum am subliniat și cu alte ocazii, acest moment de criză a fost determinat de avântul și amploarea investigațiilor medicale, care, prin excesivă tehnicizare, implicau o anumită standardizare soldată cu o minimalizare sau chiar anulare a relației bolnav-medic. Sacrificată de o medicină tehnologistă, relația pierdea astfel rezonanța interpersonală psihologică.

În acestă situație, medicii au fost aceia care au simțit nevoia unui efort de umanizare a relației cu pacientul, de personalizare a actului medical și de revalorizare a examenului clinic în special. Astfel s-a invocat o contribuție activă și efectivă a psihologului în clinică, el fiind apreciat ca un specialist avizat, anticipându-se că eficacitatea acțiunilor sale va fi "în dependență de o bună colaborare cu medicul" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 17).

Pe de altă parte, s-a emis prezumția ce s-a dovedit realistă, în virtutea căreia "conlucrarea lor va fi atât în beneficiul medicilor care vor primi marele ajutor al psihologiei practice, cât și al psihologilor pentru care contactul cu medicina s-a dovedit a fi din cele mai fructuoase" (**R. Sarro, J. Germain**, 1968, p. 60).

Incert inițial, statutul profesional al psihologului în clinică este tot mai consolidat, el structurându-se și delimitându-se treptat. Totuși, întrucât profesia de psiholog clinician se află într-o continuă dezvoltare, se impune o redefinire continuă a responsabilităților și a modului de îndeplinire a atribuțiilor, pe baza problemelor practice ale activității clinice. În acest context, colaborarea dintre medic și psiholog poate fi considerată ca un "caz privilegiat al utilizării de către știința aplicată (medicina) a aporturilor unei cunoașteri științifice" (**G. Daumezon** et al., 1968, p. 456) din perspectiva abordărilor psihologice.

În spiritul aprofundării acestei cunoașteri, trebuie menționat că odată cu angajarea efectivă, și în unele țări masivă, a psihologilor în clinică, s-a dezvoltat treptat un proces de formare psihologică a medicilor, prin introducerea cursurilor de psihologie în planurile de învățământ al facultăților de medicină, iar în unele țări și în programele de specializare și perfecționare a medicilor. Aceste două modalități de ameliorare a condiției psihologiei în clinică nu sunt exclusive și nici divergente și putem afirma că, uneori, aceste linii de formare au devenit tangente, prin specializarea unor medici în psihologie. Numărul redus al acestor cazuri, departe de a rezolva problema, a oferit însă soluții: medicul-psiholog, absolvent al unei facultăți sau secții speciale din cadrul studiilor medicale, care, prin

întreaga sa formare, va fi pregătit să abordeze, cu competențe superioare, ampla problematică a bolii și a sănătății mintale.

4. Statutul psihologului în clinică și în echipa terapeutică

Asistența medicală actuală bazată pe o investigație și o cunoaștere tot mai aprofundată, extrem de complexă și diversificată, a impus crearea unei echipe de specialiști care să poată cuprinde amplul evantai al datelor, de la cele biochimice, anatomopatologice și bioelectrice, la cele clinice și psihologice. În acest sistem al asistenței, toate datele și rezultatele sunt destinate cunoașterii cât mai precise a procesului morbid, a etiopatogeniei sale, a particularităților clinice și a posibilităților terapeutice.

Totodată, cunoșterea cât mai autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său, susceptibil de a condiționa toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice și evolutiv-prognostice, se înscrie în deziderатul cunoașterii integrale, comprehensive, totale. Astfel, medicul clinician din unitățile sanitare, ce asigură asistență spitalizată, se află în mijlocul unei echipe "constituită din colegii săi, dar și din reprezentanți ai unor profesiuni paramedicale" (**Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli,** 1980, p. 21). În acest cadru, aportul individual, aparent disparat al fiecărui specialist din echipa de asistență, este integrat și sintetizat de către medicul clinician care, asumându-și responsabilitățile, avansează supozițiile diagnostice și întreprinde măsurile terapeutice. Desigur "de calitatea relațiilor stabilite în interiorul echipei va depinde calitatea schimburilor de informații și în consecință calitatea îngrijirilor" (**ibidem**).

În acest context profesional, psihologul clinician a avut inițial situația unui colaborator-investigator sau explorator care, prin teste și tehnici specifice, aducea date complementare cunoașterii clinice, "rezultatele sale fiind integrate datelor medicale" (**R.M. Goldenson,** 1970, p. 763).

Ulterior, s-a constatat însă că numai anumite activități ale psihologului-clinician sunt specifice, altele suprapunându-se în parte cu acelea ale altor membri ai echipei: este vorba în primul rând de investigația anamnestică, de abordarea psihoterapeutică, și întrucâtva, de contribuția sa la supoziția diagnostică unde activitatea psihologului se întrepătrunde cu aceea a clinicianului. Dacă în patologia somatică aceste probleme sunt discrete, fiind numai schițate, în domeniul psihiatriei ele sunt mai elocvent invocate. Acest fapt a devenit posibil, întrucât, mai ales în domeniul psihiatriei, "psihologul nu se refugiază la adăpostul probelor...și stă în puterea lui să cunoască procesul psihopatologic subiacent conduitelor observate" (**Helénè Gratiot-Alphandery,** 1968, p. 445).

Precizăm însă că, și în psihiatrie, atribuțiile principalilor membri ai echipei au fost inițial mai diferențiate, în sensul că psihiatrul realiza activitatea de asistență propriu-zisă, psihologul deținea sarcina investigației prin teste și tehnici, iar asistentul social se

ocupa de aspectul relațional, efectuând investigațiile în familie și în mediul profesional. În cadrul echipei, care nu trebuie văzută ca un "conglomerat" de specialiști, fiecăruia revenindu-i atribuții în funcție de calificare și competență, s-a considerat în mod postulativ că "medicul este conducătorul prin definiție și necontestat al procesului complex care tinde spre vindecarea bolnavului" (**A. Dosios, S. Alexandru, V. Neicu**, 1963, p. 41).

Desigur, un punct de vedere asemănător este întâlnit și în alte studii care, referindu-se la ansamblul activității clinice consideră că "responsabilitatea psihologului este limitată, el acționând aproape întotdeauna ca auxiliar, în timp ce responsabilitatea psihiatrului este tot așa de absolută ca aceea a unui chirurg. El este acela care, pe baza cercetărilor, trebuie să decidă asupra bolnavului său" (**M. Balint, E. Balint**, 1966, p. 202).

Totuși analiza situației actuale și a cercetărilor din ultima vreme asupra acestor raporturi ilustrează că aceste puncte de vedere excesive, deosebit de restrictive pentru activitatea psihologului în clinică, s-au atenuat treptat, "psihologii dovedindu-și valoarea lor ca membri ai echipei psihiatrice" (**W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth**, 1969, p. 10). Fără a se infirma faptul că "medicul poartă răspunderea pacienților" s-a înregistrat progresiv o continuă aprofundare a muncii în echipă, realizată prin "vizita în comun a bolnavilor, convorbiri diagnostice, efectuarea în comun a terapiei de grup etc." (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 17).

Actualmente, acest grad sporit de integrare al cărei deziderat este o cât mai bună valorizare a contribuției fiecărui membru al echipei a determinat și o anumită estompare a atribuțiilor și responsabilităților, unele dintre ele revenind în mod predominant unuia sau altuia dintre membrii echipei. Astfel, "conducerea de ansamblu a terapiei este, în general, în mâinile psihiatrului datorită pregătirii sale medicale și a recunoașterii sociale și legale a responsabilităților sale în tratament, precum și datorită preocupărilor sale tradiționale asupra acestor probleme...în timp ce rolul principal în examinare revine în general psihologului datorită atât preocupărilor sale speciale în acest domeniu, cât și pregătirii sale în privința investigațiilor" (**D. Shakow**, 1980, p. 2992).

5. Problematica specifică a psihologului în clinică

Așa cum se constată din analiza sferei și conținutului domeniului, psihologul clinician este regăsit actualmente nu numai în unități medicale și în centre de asistență unde omul se află în suferință, ci și în afara acestor instituții, oriunde el este confruntat cu o situație particulară, într-un impas de existență. În mod concret, "psihologii lucrează în clinici și policlinici psihiatrice, pediatrice, medicale, psihosomatice sau ortopedice, în institute psihoterapeutice sau psihanalitice...în centre de consultații pedagogice, de consiliere familială și conjugală, în centre de consultații pentru adolescenți, pentru toxicomani sau pentru prevenția suicidului" (**W. J. Schraml**, 1973, p. 9).

Totodată, trebuie menționată consultația psihologică a bolnavului somatic ce tinde

să înlocuiască examenul psihiatric datorită prezumției pacientului că psihiatrul are în vedere perturbările net psihopatologice și nu trăirile dramatice determinate de suferințele somatice înscrise în aria preocupărilor psihologiei clinice. Această consultație poate fi inițiată de pacient, în vederea evaluării și ameliorării **status**-ului său emoțional sau a dezadaptărilor din plan comportamental. De cele mai multe ori însă, consultația psihologică este solicitată de medic ce dorește date suplimentare, un plus de certitudine sau o clarificare în privința cunoașterii mai exacte a bolnavului printr-o analiză clinico-psihologică specifică sau investigație proiectivă ori psihometrică. În această privință, se apreciază că un examen cu ajutorul chestionarului **M.M.P.I (Minnesota Multiphasic Personnality Inventory)** "poate fi comparat cu încrederea pe care hematologul o acordă hemogramei sau pe care neurologul o acordă electroencefalogramei" (**M. J. Martin**, 1980, p. 2040). De asemenea, specialistul în patologia organică solicită examenul de psihologie clinică în situațiile în care anxietatea și tensiunea psihică a pacientului împiedică și întârzie în mod evident ameliorarea somatică. Totodată, examenul psihologic este oportun în orice manifestare psihofiziologică (respectiv psihosomatică), precum și în cazurile în care se presupune o conversie somatică, o stare ipohondriacă, o nevroză cenestopată sau în cazurile atât de frecvente ale depresiilor "mascate" de manifestări somatice.

În acest amplu evantai al funcțiilor și activităților sale, unele sunt desigur esențiale, în altele el fiind solicitat ocazional, în situații conjuncturale. În privința activităților esențiale, chestionare aplicate psihologilor clinicieni au evidențiat că peste 50% din timpul lor de lucru este consacrat **psihoterapiei**, urmată în ordine de **psihodiagnoză, evaluare clinică, cercetare, consiliere, socioterapie, activitate didactică** etc. Totodată, o revistă a literaturii pe care am efectuat-o asupra acestei probleme, a relevat faptul că primele șapte din "funcțiile specifice" ale psihologilor clinicieni sunt: **psihodiagnoza, psihoterapia, cercetarea, activitatea didactică, reabilitarea și reorientarea profesională, activitatea educativă, activitatea de selecție a personalului și analiza dinamicilor de grup.**

În ceea ce privește "principala preocupare" din ansamblul activității psihologilor clinicieni, anchetele efectuate ilustrează că aceasta constă din: evaluare și psihodiagnoză (50%), psihoterapie (30%), cercetare științifică (10%), consiliere (5%), terapie de mediu, socioterapie (5%). Exceptând psihologii care prin specificul locului de muncă și al profilului unității lucrează cu o anumită categorie de pacienți, se constată că volumul activității psihologului clinician privind principalele grupe de vârstă cuprinde: adulți (58%), adolescenți (12%), bătrâni (10%). Precizăm totodată că printre primele trei instituții în care contribuția psihologului clinician este invocată și intens solicitată se află spitalele de psihiatrie, spitalele de neurologie și unitățile medicale de reabilitare.

6. Psihologul ca psihometrician

6.1. Examenul psihometric - simbol de statut al psihologului clinician.

Așa cum s-a putut constata prin chestionarele aplicate și anchetele efectuate, activitatea de psihometrician este considerată ca "principala preocupare" a psihologului clinician, ea reprezentând jumătate din ansamblul ocupației sale. Într-adevăr, funcția de psihometrician domină munca psihologului clinician, nu numai prin volumul activității, ci și prin faptul că aceasta îi conferă marca specificității. De aceea, se poate sublinia că "la ora actuală, examenul psihometric constituie partea cea mai importantă a intervenției psihologului...metoda testelor fiind poate singura datorită căreia specificitatea și autonomia sa nu sunt contestate" (**J. Perse**, 1972, p. 112).

Psihologul dispune astăzi de instrumente numeroase, extrem de variate și riguros validate; el cunoaște bine valoarea și limitele testelor și tehnicilor sale, fiind conștient de faptul că metoda pe care o posedă, **deși experimentală prin construcție, este în fond clinică prin aplicație**. Cu toate acestea, "psihologul nu se poate mărgini la aplicarea tehnicilor existente, dar nici nu trebuie să le recuze ca imperfecte, pentru a cădea într-un eclectism prejudiciabil" (**G. Daumezon** et al., 1968, p. 452).

Cu privire la modul de efectuare al examenului psihologic în clinică, menționăm că el impune un anumit stil de comunicare și de relaționare între psiholog și pacient, întrucât semnificația investigării "traversează raportul cu psihologul și mobilizează o economie afectivă ale cărei investiri complexe depășesc situația circumstanțială a examenului însuși" (**P. Fedida**, 1968, p. 917). Aceasta, întrucât probele aplicate, ca și întrebările adresate sunt primite de subiect sub un unghi de incidență diferit decât cel prevăzut, atingând întotdeauna aspecte mai profunde decât zona justificărilor conștiente. Într-adevăr, intervenind pe fondul unei relații, într-un raport interindividual, probele psihologice, în general, și cele proiective, în mod special, determină o rezonanță profundă la nivelul activității inconștiente, modificând acest raport.

Pentru a reduce cât mai mult posibil perturbarea "economiei afective" și a complexului de motivații ale pacientului este necesar ca defășurarea examenului psihologic să fie eșalonată pe mai multe ședințe, începându-se cu un **interviu nondirectiv**, continuat în mod **directiv**, acesta, fiind urmat de **aplicarea probelor propriu-zise** care îl vor perturba cât mai puțin sub raport afectiv. Prin aceste interviuri preliminare sunt obținute date suplimentare, care, în formularea concluziilor se vor dovedi necesare, întrucât "interpretarea rezultatelor va fi cu atât mai precisă cu cât va cuprinde mai multe date, inclusiv clinice; neglijarea datelor clinice importante în interpretarea unui test fiind la fel de prejudiciabilă, ca și neglijarea datelor psihometrice la nivelul sintezei clinice" (**J. Perse**, 1972, p. 115).

Mai ales în domeniul psihiatriei, unde raționamentul clinic și diagnosticul depind de criterii calitative, medicul, în virtutea formației sale pozitiviste, a nevoii de exprimare

precisă și elocventă, acordă o importanță particulară scorurilor cantitative ale unor aspecte ale personalității. Devine astfel cu atât mai necesar, ca investigația clinică, veritabil demers al explorării comprehensive și globale, "să fie completată cu investigații experimentale" (**Ch. Nahoum**, 1973, p. 130). În această abordare experimentală, specifică profesiei sale, psihologul trebuie să țină seama de interacțiunea sa cu subiectul și să ia toate precauțiile pentru a asigura validitatea rezultatelor.

Tocmai de aceea, respectând rigorile cercetării prin experimentul testului, în afara asigurării asupra validității și fiabilității acestuia, psihologul va căuta ca prezența lui să influențeze cât mai puțin posibil rezultatele, recurgând la trei instanțe de control sau verificare: de preexaminare, de examinare și de postexaminare.

Controlul de preexaminare este cu atât mai important cu cât psihologul este mai directiv în abordare, el având ca scop reducerea variabilelor idiosincratice, susceptibile de-a fi introduse de investigator în actul testării.

Controlul de examinare, respectiv examinarea propriu-zisă, are ca obiectiv verificarea diferențelor între performanța actuală a pacientului, performanța sa proprie, potențială, și capacitatea sa subiacentă; el are scopul de a evidenția caracterul reprezentativ al rezultatului (acesta fiind cel mai bun din câte pot fi obținute într-o anumită perioadă) sau caracterul său optim ce indică apropierea de cele mai bune rezultate obținute de pacient înainte de îmbolnăvire. Menționăm faptul că în timp ce reprezentativitatea rezultatelor poate fi influențată de factori conjuncturali examinării (efort, interes, încredere, emoție) sau de anumite simptome ale bolii (durere, febră, cefalee, astenie), optimitatea rezultatelor, mult mai greu de diferențiat, este modificată de procesul morbid ca atare.

Controlul de postexaminare corelează performanțele realizate ale persoanei investigate, cu standardul grupului de control sau cu propriul său optimum.

Cu toate aceste pedante precauții, se subliniază că fără a nega aportul examenului psihometric "aceste investigații sunt incapabile, prin însăși orientarea lor, să epuizeze totul" (**E. Minkowski**, 1969, p. 240). Considerăm totuși că aserțiunea nu vizează examenul psihometric în ansamblu, ci numai anumite teste sau probe. Desigur, nici o probă psihologică, indiferent de complexitatea ei nu este suficient de cuprinzătoare pentru a evidenția un portret unitar și caracteristic pacientului investigat.

Pentru a înlătura aceste insuficiențe în practică, se recurge la alcătuirea unui eșalon de teste, a unei **baterii** formate din probe care:

- sunt construite în vederea explorării diferitelor funcții psihice;
- explorează atât aspecte formale, structurale, cât și aspecte de conținut ale personalității;
- sunt destinate explorării aceleiași laturi a personalității (probe care "se suprapun") în vederea creșterii gradului reliabilității probelor etc.

Numai prin aceste procedee tehnice, completate cu examinările clinice, pot fi înlăturate limitele, incongruențele și diferențele diferitelor teste, în vederea obținerii unor date extensive, integrate și reliabile. Aceasta cu atât mai mult cu cât, după cum se

cunoaște, "un rezultat nu va fi interpretat în mod intrinsec, absolut, el luând semnificații diferite, după contextul în care este plasat, acest context cuprinzând ansamblul datelor clinice, ca și al altor rezultate psihometrice" (**J. Perse**, 1972, p. 122).

6.2. Asupra utilității datelor psihometrice în clarificarea problematicii clinice.

Utilitatea datelor psihologice și în special psihometrice asupra ameliorării preciziei și activității examenelor clinice a fost cercetată prin chestionare adresate persoanelor cel mai înalt acreditate sub acest aspect; și anume profesorilor și conferențiarilor care, în 90% din cazuri au oferit răspunsuri favorabile. Totuși, particularizând întrebările, s-a constatat că examenul psihologic nu este la fel de investit și de înalt cotat în toate laturile activității clinice. Astfel, el s-a dovedit mai slab investit de clinician în privința utilității sale asupra **diagnosticului diferențial** dintre **nevroză și psihoză** (unde raportul calificărilor bune față de cele slabe a fost de 7/13) în timp ce a fost mai bine acreditat în privința diferențierilor dintre componenta somatogenă și psihogenă a unei boli, când răspunsurile bune și respectiv slabe au consemnat un raport de 14/6. De asemenea, utilitatea examenului psihologic pentru clinician a fost înalt acreditată sub aspectul **înțelegerii personalității pacientului** (raportul aprecierilor bune și respectiv slabe fiind de 17/3), ca și în privința **ameliorării posibilităților prognostice** (raport 15/5).

Menționăm însă că rezervele medicului asupra utilității examenului psihologic în privința elucidării problemelor clinice sunt uneori determinate de prezumții și convingeri apriorice, izvorâte din observații empirice. Astfel, unii medici consideră că testele nu fac decât să confirme, în urma unor demersuri laborioase, datele examenelor clinice, singurele apreciate ca veridice. De asemenea, întrucât criteriul validității testului psihologic este raționamentul clinic dacă el este bine aplicat și corect interpretat, rezultatele sale nu pot fi decât identice cu datele constatărilor clinice. De aici, conform opiniei lor, examenul psihometric atent efectuat nu poate servi decât ca un argument suplimentar într-un proces deja clasat. Dimpotrivă, dacă examenul psihometric este diferit sau contrazice examenul clinic, faptul este interpretat, de către medicul neavizat, ca o dovadă că testele nu au fost bine alese, nu au fost adecvate cazului sau problemelor date. În sfârșit, dacă datele investigației psihometrice se mențin la o anumită distanță față de datele clinice, înseamnă că testele nu au fost bine utilizate.

În alte cazuri, psihologii minimalizează ei înșiși importanța și utilitatea investigației psihometrice axându-și concluziile pe observații calitative, pe date clinice sau anamnestice; acestea îi sunt însă familiare clinicianului care va subevalua o astfel de contribuție a psihologului. Fără îndoială că aceste situații nu apar decât rareori, în condițiile "unor psihologi prea zeloși și fără spirit critic, cu tendințe spre teoretizare, fapt ce nu poate convinge pe psihiatru, mai ales când acesta se bazează exclusiv pe experința sa empirică" (**W. Böcher,** 1968, p. 16). Pentru a se evita însă situații ca cele din eventualitățile prezentate, autorul recomandă ca testele să fie aplicate fie de un psihiatru cu o solidă

formație de bază psihologică și îndelungată experiență practică, fie de un psiholog care dovedește o bună cunoaștere a problemelor de psihiatrie și are o bogată informare psihopatologică. Această soluție nu este posibilă însă, întrucât, prin investigație, psihologul trebuie să cunoască dar să și **comunice** o informație; considerăm că se impune ca el să-și elaboreze un mod de cotare, prelucrare și mai ales de raportare a observațiilor, în funcție de pregătirea celui care beneficiază de evidențierea lor.

În legătură cu recomandarea de mai sus privind efectuarea examenului psihometric de către psihiatru, menționăm că la o anchetă efectuată asupra profesorilor de psihiatrie din Germania, 2/3 dintre ei au declarat că "aplică ei înșiși teste psihologice". Într-adevăr, unii medici, subestimând aportul psihologului, "preferă să practice ei înșiși, într-un mod oarecum artizanal, unele probe, reintegrate printre tehnicile semiologice psihiatrice (destinate să reliefeze simptome), dezinserate din ansamblul teoretic și din considerațiile de etalonare și validare, fără de care nu înseamnă nimic" (**R. Gentis**, 1968, p. 550). Aderăm la această opinie, cu atât mai mult cu cât, pentru îndeplinirea cu succes a funcției de psihometrician, sunt necesare anumite condiții care implică atât formarea și instrumentarea celui în cauză, cât și aspecte aptitudinale înscrise în structura personalității sale.

6.3. Cunoașterea de sine și autopsihodiagnoza psihologului clinician.

În privința aspectelor aptitudinale menționăm că psihometricianul trebuie să ilustreze **disponibilități relaționale față de cele mai variate categorii profesionale** și grupuri de vârstă, nivel de instrucție sau de educație. De asemenea, el trebuie să fie abilitat spre a face față abordării și examinării celor mai variate grupuri de pacienți psihiatrici, handicapați motor sau suferinzi somatici, ilustrând suplețe și nuanțare în modul de adaptare a tehnicii de examinare, cât și de adecvare a conduitei sale.

Psihologul clinician în postura de psihometrician trebuie de asemenea **să se cunoască pe sine** într-o cât mai mare măsură, având conștiința contradicțiilor, slăbiciunilor și temerilor proprii; pentru aceasta, pe lângă demersul autoanalitic, psihologul trebuie să-și cunoască propriile i răspunsuri și rezultate la probele și testele pe care le folosește, spre a nu se alia și identifica în mod inconștient cu persoanele ce au patternuri psihodiagnostice similare și a nu manifesta respingere față de cei care dau răspunsuri opuse față de ale sale. În acest sens preconizăm că, prin analogie cu procedeul "psihoterapiei didactice", psihologul clinician să se supună unei investigații psihologice, în special proiective dar și psihometrice, analizându-și împreună cu colegi competenți și experimentați rezultatele, spre a nu considera în mod subiectiv că propriile-i răspunsuri constituie linia de bază a normalității. Prin acest procedeu, pe care-l denumim de **psihodiagnoză profesională**, psihologul clinician va putea evita descoperirea de elemente patologice în profile de test care sunt diferite de ale sale și nu va ignora aspecte și date

din afara normalului, cu care propriile-i răspunsuri manifestă asemănare.

7. Psihologul ca diagnostician

Încercând o distincție între noțiunea de **psihodiagnostic** și aceea de **diagnostic clinic** sau **nosografic**, constatăm că între ele există diferențe de metodă, de puncte de vedere și de conceptualizare. Creată de Școala de la Freiburg-en-Brisgau, noțiunea de **psihodiagnostic** desemna inițial mijlocul de explorare a personalității, pentru ca ulterior să ilustreze portretul descriptiv-individual și specific al acesteia, în opoziție cu vreo etichetă psihopatologică sau vocabulă nosografică, inerentă în diagnosticarea clinică.

În sens larg, tehnica psihodiagnosticului studiază diferențele interindividuale cu ajutorul unui model metric, utilizând un anumit număr de dimensiuni, în timp ce diagnosticul nosografic utilizează noțiunile de simptom și sindrom; acestea, deși prezintă un anumit grad de generalizare, găsesc o analogie cu noțiunea de "semn", "factor" sau "trăsătură", din metodologia psihometrică sau proiectivă. Raportând analiza comparativă la domeniul bolilor mintale se poate considera că "demersul psihologic, ce tinde să descopere diferențe interindividuale de alură cantitativă cu ajutorul dimensiunilor, factorilor și trăsăturilor, trebuie opus demersului psihiatric, ce vizează o regrupare calitativă, în cadre nosografice, care se bazează pe existența corelațiilor între indivizi" (**J. Perse**, 1972, p. 117). În fapt, spre deosebire de psihodiagnostic, pentru care particularizările sunt esențiale, diagnosticul nosografic, prin însuși conținutul și orientarea sa, anulează caracteristicile individuale, reținându-le pe cele generale, care-i permit înscrierea bolnavului într-o clasă sau grupare.

În ceea ce privește responsabilitatea asupra diagnosticului, după cum s-a constatat și din paragrafele anterioare, este recunoscută "contribuția esențială și fundamentală" a psihologului în privința testării și evaluării, dar nu îi este permis actul diagnosticării, acesta fiind considerat un "drept profesional și legal" al medicului. Într-adevăr, actualmente, competența medicului asupra diagnosticului nosografic are un caracter axiomatic.

Cu toate acestea, mai ales în psihiatrie, nu întotdeauna se poate realiza o delimitare și cu atât mai puțin o disjuncție între actele de investigare, evaluare și diagnosticare, pe care le considerăm instanțe ale unui proces unic, ce va reveni, în viitor, aceluia dintre specialiști ce va dovedi competențe superioare. De fapt, situația deficiențelor mintale oferă unul din exemplele conform căruia psihologul este acela care întreprinde atât activitatea de investigare-evaluare, cât și pe aceea de diagnosticare.

Aceasta constituie însă o excepție pentru că în ansamblu, în raport cu diagnosticul clinic, psihodiagnosticul are o semnificație complementară iar unde este posibil ilustrativă evitând formularea nosografic-postulativă. În sprijinul diagnosticului nosografic, psihodiagnosticul, elaborat pe baza analizei clinice și a rezultatului probelor psihologice, oferă o descriere, ce tinde a fi completă și detaliată, a caracteristicilor psihice globale, a

mecanismelor proprii de apărare, a inconsistențelor și distorsiunilor persoanei. Prin aceasta, psihodiagnosticul "oferă date asupra unor caracteristici și trăsături care nu pot fi relevate de examinarea psihiatrică obișnuită" (**D. Shakow**, 1980, p. 2993).

Tocmai datorită acestor caracteristici, psihodiagnosticul este semnificativ, atât în privința opțiunilor terapeutice, cât și asupra estimărilor prognostice sau a recomandărilor de ordin profesional sau educațional. În plus, ca tehnică de laborator, examenul psihodiagnostic, în virtutea caracterului său obiectiv și științific, "poate fi considerat o confirmare indispensabilă a diagnosticului clinic" (**J. Perse**, 1972, p. 114). În felul acesta, psihodiagnosticul nu slujește unei taxonomii nosografice, ci orientărilor terapeutice specifice. Totodată, evitând orice etichetare, psihodiagnosticul face o evaluare a stării și situației psihice prezente, susceptibilă de-a oferi predicții adaptative, evolutive și prognostice pertinente.

8. Psihologul ca psihoterapeut

Acreditarea psihologului pentru psihoterapie a constituit, încă de la afirmarea acestui domeniu terapeutic, un subiect de controversă, care, cu argumente tot mai puțin semnificative, se menține și astăzi. Aceasta se datorește faptului că procesul terapeutic în ansamblu se înscrie în responsabilitatea medicului, în timp ce, prin caracterul și conținutul metodelor, psihoterapiile sunt inerente activității psihologului. Fără îndoială că la această controversă a contribuit în mare măsură opinia lui **S. Freud**, care a recomandat atragerea psihologului în activitatea psihoterapeutică, precum și aserțiunea lui, conform căreia psihoterapia și psihanaliza, în ansamblu, nu constituie o specialitate a medicinei ci o fracțiune a psihologiei.

În contrast cu **S. Freud**, numeroși medici, bazați desigur mai ales pe domeniile de aplicabilitate decât pe natura procesului și conținutul metodelor, consideră că psihoterapia aparține medicinei, făcând parte integrantă din ansamblul activității terapeutice. Astfel, încă din perioada de avânt a psihoterapiei care a urmat celui de-al doilea război mondial, ca și în prezent, unii medici nu au acceptat colaborarea cu psihologul considerîndu-l "un terapeut laic" sau i-au refuzat contribuția la psihoterapie întrucât, conform opiniei lor, "a încredința psihologului o sarcină psihoterapeutică, constituie o eroare" (**G. Daumezon** et al., 1968, p. 457).

Alți medici limitează în ansamblu acțiunile psihologului în clinică, inclusiv intervenția psihoterapeutică , preconizând că "medicul deține decizia intervențiilor, a diagnosticului prezumtiv și final, a prognosticului și terapiei și, odată cu acestea, răspunderea juridică pentru bolnav, în timp ce psihologul clinician preia munca psihodiagnostică și **parțial** funcția psihoterapeutică" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 14).

Este surprinzător să constatăm faptul că asupra acestui aspect "parțial", limitativ, al efectuării psihoterapiei de către psiholog, au insistat și clinicieni cu o mare deschidere pentru psihologie în general, și pentru psihoterapie în special, ca **J. H. Schultz** (1963),

în opinia căruia psihologul "poate executa **anumite** tratamente psihoterapeutice și **numai** sub control medical" (subl. ns.). În sfârșit, referindu-se la aceeași problemă, și în special la desfășurarea psihoterapiei în clinică, alți psihiatri adoptă o atitudine conciliantă și conchid că "selecționarea cazurilor trebuie făcută totuși de către medic" (**W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth**, 1969, p. 10).

Pe de altă parte însă, aceiași clinicieni care limitează accesul psihologului la efectuarea psihoterapiei recunosc faptul, desigur real, că, "lipsa unor instituții de învățământ în domeniul psihoterapiei, ca și schimbarea diferitelor concepții teoretice în psihoterapie, au determinat menținerea unei distanțe a medicilor față de psihoterapie" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 15).

O analiză a situației din domeniu evidențiază faptul că această "distanță" se constată și în momentul de față atât în formația, în disponibilitățile generale, cât și în vocația medicului pentru psihoterapie. Tocmai de aceea considerăm că, în relațiile sale profesionale cu psihologul, medicul trebuie să manifeste nuanțare și reținere spre a nu ajunge "în situația neplăcută de a solicita control asupra unei persoane cu o formație superioară, într-un domeniu în care pregătirea sa este adesea minimă" (**A.W. Hunt**, 1973, p. 1464).

Dealtfel, pe măsura aprofundării cunoașterii clinice, prin diversificarea mijloacelor investigatorii și terapeutice, medicului îi este tot mai greu să cuprindă ampla problematică a asistenței, fiind nevoit să accepte și specialiști din domenii nemedicale, care, prin contribuții specifice, conferă un conținut științific și totodată comprehensiv activității clinice. În acest context, aria acțiunii terapeutice a psihologului clinician, "s-a extins foarte mult în ultimii ani", iar un indiciu al acestei dezvoltări constă în faptul că "există peste 80 de tipuri diferite de tratamente psihologice" (**R. M. Goldenson**, 1970, p. 217), cărora el, ca psihoterapeut, trebuie să le găsească aplicații oportune și specifice. Într-adevăr, psihologul clinician utilizează nu numai mijloace de investigație variate, ci și metode terapeutice foarte diversificate, iar o bună selecție a acestora va avea drept criteriu, pe lângă problemele clinice care trebuie tratate, și caracteristicile sale de personalitate care "îl fac să fie mai eficient cu un anumit tip de terapie și cu pacienți dintr-o anumită categorie" (**ibidem**, p. 219). În plus, trebuie adăugat faptul că "tehnicile psihoterapeutice vor căpăta în viitor o mult mai mare importanță decât li se acordă în prezent și pentru această sarcină nimeni nu este mai indicat decât psihologul clinician" (**S. Hellmut**, 1971, p. 99). Considerăm că această asertiune a fost, în ultimul deceniu, în mod continuu confirmată, devenind actualmente, nu numai un punct de vedere, ci o atitudine practică pe deplin acreditată.

În aceste condiții, medicul, atât de angajat în ampla problematică a asistenței clinice și în vastul domeniu al terapiilor somatice, nu mai poate cuprinde și controla diversitatea tehnicilor psihoterapeutice. La rândul său, în funcție de experiența și informația sa, psihologul clinician poate colabora cu medicul în privința abordării terapiilor somatice, mai ales în privința efectelor și eficienței acestora, prin evaluarea rezultatelor terapeutice. Dealtfel, cel puțin în domeniul bolilor psihice, există numeroși clinicieni care consideră

că "terapia nu este în exclusivitate o problemă a psihiatrului, ci și a psihologului" (**S. Hellmut**, 1971, p. 96).

Subliniem totodată faptul că aria activității terapeutice este actualmente atât de vastă, încât nu mai poate fi cuprinsă de forțele medico-psihologice existente, ceea ce anulează de la sine "disputele în probleme de psihoterapie ce tind să umbrească o relație care, în esență, este mai mult pozitivă (decât negativă) și să minimalizeze realizările obținute în cooperare" (**A. Hunt**, 1973, p. 1463).

De fapt, unele foruri administrativ-științifice ale psihologilor, printre care Asociația Americană de Psihologie, recomandă ca psihologul terapeut "să stabilească și să mențină o intercomunicare eficientă cu un medic orientat spre psihologie", fără ca această colaborare "să compromită standardele profesionale ale psihologiei". La această conduită conciliantă trebuie adăugată și subliniată asertiunea conform căreia "psihologii pot avea o contribuție valoroasă și uneori unică la psihoterapie...ei fiind antrenați în mod activ pentru aceasta într-o mare varietate de instituții medicale" (**Molly Harrower**, 1973, p. 1455).

Desigur, acreditarea psihologului pentru psihoterapie se datorește în primul rând formației sale profesionale, ca și contribuției specialității pe care o ilustrează, la edificarea tehnicilor psihoterapiei medicale. Aceste atribute nu se dovedesc a fi întotdeauna suficiente, spre a putea practica psihoterapia pe acest tărâm al medicinei, care nu-i este propriu prin tradiție, dar, pe care, psihologul dorește să-l cucerească prin formație, și nu rareori prin abnegație. Aceasta întrucât, deși, îndreptățit și acreditat (prin formare și instrumentare), psihologul este încă numai "acceptat", uneori cu rezerve, alteori cu condiția de a fi "supravegheat" de către medic, care, deși nu beneficiază de atributul formației terapeutice, este investit ca terapeut prin tradiție sau legislație. În aceste condiții, admiterea psihologului în practica psihoterapeutică se datorește mai mult aspectelor conjuncturale (cererea enormă și în continuă creștere pentru psihoterapie și incapacității profesiei medicale de a o cuprinde) decât atributelor sale.

Într-o încercare de sinteză privind funcția terapeutică a psihologului clinician și oportunitatea participării sale la activitatea de psihoterapie, considerăm că opiniile pot fi înscrise pe un amplu evantai ce cuprinde la o extremă posibilitatea de a efectua psihoterapia "numai sub controlul strict al medicilor", iar la cealaltă "autonomia" completă a psihologului în privința terapiilor psihologice. Menționăm însă că în ultimele două decenii s-a înregistrat o deplasare a opiniilor spre o cât mai mare autonomie a psihologului în activitatea de psihiatrie. Această schimbare în atitudinea medicilor față de acceptarea psihologilor în psihoterapie a fost progresivă, inițial implicită și informală, iar apoi cu tot mai evidentă statuare profesională, fiind determinată nu numai de formația lor, ci și de competența demonstrată care, deși privită uneori cu rezerve, nu mai poate fi contestată.

9. Psihologul ca cercetător

Asertiunea conform căreia "cercetarea este aria activității psihologului clinician

prin care el poate să-și aducă cea mai necesară contribuție" (**R. Goldenson**, 1970, p. 218) a întrunit treptat tot mai multe adeziuni, realizând actualmente un consens al cărui scop este mai mult intuit, impunându-se a fi însă și argumentat. În această privință, a cercetării, contribuția psihologului clinician se regăsește în toate ariile activității sale, de la câmpul vast al cauzelor tulburărilor psihice (de la analiza factorilor genetici, heredo-familiali și psihosociali) la studiul incidenței și prevalenței diverselor condiții psihopatologice, al reacțiilor insului la boală, al terapiei ca proces și al evaluării rezultatelor terapiei, până la elaborarea examenelor psihometrice și validarea instrumentelor investigației sale specifice.

Din acest amplu evantai al preocupărilor sale, fără îndoială că investigarea prin teste și probe psihologice, considerată ca activitate specifică psihologului clinician, oferă acestuia una din cele mai favorabile condiții de cercetare, întrucât "metoda psihodiagnozei se află între observație și experiment" (**D. Shakow**, 1980, p. 2993).

Într-adevăr, în raport cu medicii, poziția psihologilor în cercetarea psihomedicală este superioară, această situație fiind determinată atât de programele lor de instrucție, de formarea și orientarea aptitudinală, cât și de conținutul activității lor. Conform opiniei noastre, acest ultim aspect favorizează în cel mai înalt grad activitatea de cercetare în care psihologii ocupă un loc central, consolidându-și o veritabilă consacrare. Acest lucru este posibil întrucât complexitatea extraordinară a domeniului în care-și desfășoară activitatea, bogăția și noutatea mijloacelor investigatorii, precum și caracterul inedit al fiecărui caz examinat, conferă psihologului clinician condiții deosebit de favorabile în activitatea de cercetare.

Datorită faptului că alte grupuri profesionale, ca biologi, biochimiști etc. au adus de-a lungul anilor o contribuție covârșitoare la cele mai importante descoperiri medicale, există o tendință de minimalizare și uneori de dezinvestire a medicilor sub raportul activității de cercetare. În plan psihomedical, acestă tendință se manifestă nu atât din perspectiva psihologiei clinice, cât mai ales din partea reprezentanților psihologiei academice, care consideră că "medicii nu sunt oameni de știință". Aserțiuni asemănătoare, desigur nefondate și care nici nu pot fi argumentate, sunt îndreptate și împotriva psihologilor clinicieni, care la rândul lor sunt "nemulțumiți de suspiciunile pe care reprezentanții psihologiei academice le au față de psihologia clinică sub aspectul profesiei și ca activitate practică" (**E. Borden**, 1963, p. 3) întrucât aceasta le-ar știrbi autoritatea științifică.

Respingând astfel de afirmații hazardate, cu atât mai mult cu cât nu sunt argumentate, constatăm totuși că spre deosebire de medic, care sub presiunea activității practice desfășoară o muncă strict organizată, și nu rareori standardizată, psihologul, eliberat în general de problematica și responsabilitatea asistenței cotidiene este, desigur, avantajat. La aceasta se adaugă faptul că, deși dezideratul medicului este de "a trata bolnavul", în fond el luptă cu boala care, în anumite limite, este aceeași, numai pacientul fiind întotdeauna altul. De aici decurg avatarurile, virtuțile și diferențierile profesionale actuale: medicul practician rămâne, determinat de circumstanțe, la nivelul fenomenal al bolii, în

timp ce psihologul abordează de la început omul aflat sub incidența suferinței cu emoțiile, anxietățile, frustrațiile și, în general, cu trăirile și reacțiile pe care boala le dezvoltă. **Aceasta conferă psihologului situația privilegiată în cercetare** unde el nu face, asemenea medicului, un examen, nu acordă o consultație, ci întreprinde o investigație; **el desfășoară o activitate de explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.**

10. Direcțiile dezvoltării psihologiei medicale în unele țări din Europa și America

Importanța psihologiei în clinică, în mod unanim acceptată, poate fi apreciată după amploarea și acuitatea cu care este invocată nevoia de cunoaștere psihologică din partea medicului și de ajutor psihologic din partea bolnavului.

Întrucât orice boală, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie o experiență negativă particulară, de cele mai multe ori unică și dramatică, participarea psihică a celui în cauză este profundă și totală. Dacă reacția psihologică a pacientului este constantă în orice afecțiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatică.

Importanța psihologiei în clinică este reliefată însă nu numai de reacțiile față de bolile somatice, ci și de perturbările emoționale care nu prezintă corespondențe organice. Numărul acestora ocupă un loc central în activitatea clinică a omnipracticianului, dar și în aceea a specialistului, întrucât "s-a estimat că 80% din pacienții care solicită control medical prezintă probleme emoționale" (**N. D. West**, 1979, p. 7). De fapt, din punctul de vedere al susținerii psihologice împărțirea pacienților în "organici" și "funcționali" are un caracter fastidios întrucât "nu există cazuri organice, psihosomatice sau psihologice și orice consultație creează o relație psihologică complexă ce implică de cele mai multe ori o cerere latentă sau un context psihologic, pe care medicul trebuie să-l diagnosticheze" (**E. Raimbault**, 1964, p. 649).

În faza actuală a evoluției științelor medicale și antropologice, a dezvoltării gândirii și concepțiilor filozofice, când există un consens privind unitatea somato-psihică, fenomenele și stările care însoțesc afecțiunile somatice nu trebuie doar recunoscute, ci se impune a fi investigate și estimate în fiecare boală și în fiecare clinică. Tocmai de aceea, "în momentul de față psihologia clinică apare ca una dintre profesiunile majore din domeniul sănătății mintale" (**S. L. Garfield**, 1965, p. 138); totodată, "psihologia clinică reprezintă cel mai mare interes printre psihologii profesioniști de astăzi" (**E. R. Hilgard, R. Atkinson**, 1967, p. 603), fiind în același timp "cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate" (**J. Deese**, 1967, p. 582).

Revendicarea tot mai acută a ajutorului psihologic în cadrul acțiunilor de asistență medicală, dar și în afara ariilor acestora, se datorește creșterii nivelului sociocultural, a calității vieții, în general, dar și sporirii eficacității actului medical și dezvoltării educației

sanitare, în particular.În virtutea acestor considerente "nevoia de ajutor psihologic a bolnavului nu mai trebuie demonstrată, importanța ei fiind recunoscută de toată lumea" (**J. Guyotat**, 1967, p. 117).

Ca o consecință a acestui fapt, în cele mai multe clinici s-au înființat laboratoare de psihologie, psihologul fiind descori un membru activ al echipei terapeutice. El se afirmă tot mai mult nu numai în investigația psihologică și în acțiuni terapeutice specifice sau în evaluarea rezultatelor terapiilor organice. Totodată, prezența psihologului în comisiile de evaluare a capacității de muncă, de expertiză medico-judiciară sau în cele de **counseling** și orientare socioprofesională nu mai constituie un deziderat, ci un fapt firesc, absolut necesar și unanim acceptat.

Dacă în activitatea de investigație psihologul este solicitat, dacă în munca terapeutică este tolerat, iar în numeroase comisii medicale unanim acceptat, în cercetarea științifică el ocupă un rol privilegiat; prin formația sa, prin înclinațiile și disponibilitățile sale, psihologul se afirmă ca un membru tot mai valoros al echipei de cercetare, în această etapă, postsemiologică, a cunoașterii medicinei clinice. Toate acestea au făcut din psihologia medicală "o știință fundamentală în medicină" (**G. Heuyer**, 1966, p. 1) sau "o știință de bază a medicinei" (**H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset**, 1978, p. 53).

Desigur, dezvoltarea psihologiei medicale și importanța care se acordă problematicii psihologice în ansamblul activităților clinice sunt diferite de la o țară la alta și de la un domeniu la altul.

Această dezvoltare a cunoscut o deosebită amploare după cel de-al doilea război mondial, fiind confruntată cu concepții diverse, uneori opuse, care însă "exprimau efortul de a formula scopurile medicinei moderne" (**P. Pichot,** 1968, p. 5). În ansamblul concepțiilor și doctrinelor care căutau o acreditare în domeniul psihologiei și medicinei **un rol important revine psihanalizei**, amplu promovată în unele țări europene și mai ales în Statele Unite în anii '50 ai secolului nostru. Cu toate acestea, "este necesar a se evidenția că transformarea modernă a medicinii nu se datorește mișcării psihanalitice, așa cum se consideră în general, ci unui proces istoric care a cuprins toată cultura contemporană ca reacție logică față de pozitivism" (**S. Luza**, 1968, p. 122).

De fapt, orientarea umanistă și deschiderea psihologică a medicinei au avut la bază un factor sociocultural, extramedical, și un altul medical, profesional. Primul a constat în dezvoltarea sociologiei, a psihologiei sociale, și în general a științelor comportamentale care au pătruns în medicină prin intermediul psihiatriei și al psihologiei medicale. Al doilea factor a izvorât din activitatea clinică tot mai specializată care, beneficiind de mijloace investigatorii perfecționate, a devenit mai aprofundată, ceea ce i-a permis să evidențieze un număr tot mai mare de bolnavi care, în ciuda suferinței autentice, nu prezentau modificări organice. Pentru aceștia se impuneau în primul rând abordările terapeutice psihologice, medicii clinicieni dezvoltând progresiv convingerea că, "în afara tratamentelor specifice, există un corp de cunoștințe a căror însușire le va permite o manipulare mai științifică a relațiilor umane și prin aceasta le va spori eficacitatea medicală" (**P. Pichot**, 1968, p. 73).

10.1. Dezvoltarea psihologiei medicale în Germania.

Psihologia medicală a cunoscut o veche și valoroasă tradiție în **Germania** unde s-a ținut **primul curs** de "**Psihologie medicală**" (1845) și s-a înființat primul **Institut de psihologie** (de către **W. Wundt**, în anul 1879) la care adăugăm crearea laboratorului de psihologie în anul 1904 de către **E. Kraepelin** la "Clinica de boli nervoase Charité". Prin această bază experimentală și aplicativă, psihologia a urmat o dezvoltare tehnică și totodată clinică ilustrată prin strânsele raporturi cu fiziologia și ulterior cu psihiatria. Aceeași orientare a avut-o și **învățământul psihologic** în facultățile de medicină, a căror programă prevedea, înaintea primului război mondial cinci ore pe săptămână de psihologie în anii preclinici, sub acest aspect "psihologia fiind la egalitate cu disciplinele organice, anatomia și fiziologia" (**H. Szewczyk**, 1968, p. 3) și șapte ore pe săptămână în anii clinici.

Prezentându-se aspecte ale colaborării medicului cu psihologul clinician se subliniază că "pătrunderea modului de gândire al psihologiei și al psihoterapiei în practica medicală poate găsi o mai mare dezvoltare prin cultura medicală și printr-o considerație mai amănunțită a planurilor de învățământ" (**H. Kleinsorge**, 1967, p. 16), unde, de fapt, psihologia este ilustrată prin cursuri și seminarii. Sub aspect practic, activitatea psihologului clinician se desfășoară în: a) **munca de cercetare**, în care se înscrie studiul cauzelor fundamentale ale bolii, cercetarea psihodiagnostică și cercetarea psihoterapeutică, b) activitatea din **învățământ și educație** și c) **activitatea clinică**, orientată cu predilecție în sectorul psihodiagnostic și în sectorul psihoterapeutic. Precizând că această sistematizare este orientativă și didactică se subliniază faptul că "atât cercetarea, cât și educația nu se pot face de la sine, ambele avându-și rădăcinile în practica clinică" (**S. Hellmut**, 1971, p. 97).

Promovându-se o abordare integrativă a bolnavului, se consideră că "un rol particular revine psihologiei, atât în cadrul științei psihiatrice, cât și în domeniul diagnosticului și terapiei în medicină" (**W. Böcher**, 1968, p. 16). De fapt, rolul psihologiei în clinică, estimat prin răspunsurile la unele chestionare adresate profesorilor din clinici, a fost calificat ca "foarte mare" și "mediu".

În ceea ce privește importanța psihologiei pentru medicul clinician s-a subliniat rolul acesteia atât în privința diagnosticului, cât și "sub aspectul științei pure". Se consideră de asemenea că probele psihologice, și în special psihometrice, sunt necesare clinicianului în vederea ameliorării preciziei și obiectivității constatărilor sale, o importanță notabilă acordându-se psihologiei în privința unei mai bune înțelegeri a personalității bolnavului.

Dacă în ansamblu se constată o deschidere a medicinei pentru psihologie, nu același lucru se poate spune despre aceasta în demersurile sale către medicină, întrucât "deși psihologia a cunoscut în mod indiscutabil în ultimele decenii o dezvoltare științifică considerabilă, ea nu a manifestat decât puțin interes pentru adevăratele probleme practice ale medicului" (**W. Böcher**, 1968, p. 22). Această situație a fost determinată și timp îndelungat perpetuată de "refuzul unei colaborări interdisciplinare", activitatea

psihologului într-o instituție medicală nefiind posibilă într-o poziție subordonată. Astfel, în Germania s-a dezvoltat "la numeroși psihologi o atitudine antimedicală, iar la numeroși medici o atitudine antipsihologică; medicii credeau că ei cunosc psihologia mai bine prin contactul lor cu viața reală, în timp ce psihologii se cantonau în domeniul cercetării filozofice sau experimentale, o convergență nefiind decelată decât în ultimii 10-20 de ani" (**W. J. Schraml**, 1973, p. 10).

10.2. Dezvoltarea psihologiei medicale în Franța.

În ultimele două decenii, psihologia medicală a cunoscut o amplă dezvoltare în **Franța**, datorită unor personalități de renume mondial printre care se înscriu **D. Lagache**, considerat "promotorul și teoreticianul ei" (**R. Lafon**, 1963, p. 496), **A. Lamache** și **P. H. Davost** care au ținut primele comunicări de psihologie medicală la Academia de Medicină din Franța (1953 și 1954), ultimul inaugurând primul curs de psihologie clinică la Facultatea de Medicină din Rennes (1958), **J. Favez-Boutonier**, **G. Heuyer**, dar mai ales prin contribuția lui **J. Delay** și a lui **P. Pichot**, medici psihiatri și totodată psihologi, care au ridicat cele două discipline la cel mai înalt prestigiu științific.

Continuatori ai tradițiilor și concepțiilor medico-psihologice promovate de **Th. Ribot**, **A. Binet**, **P. Janet**, **G. Dumas** și alții, **J. Delay** și **P. Pichot** au impus psihologia clinică nu numai în activitatea practică, de asistență, ci și în învățământul medical, statuându-i un conținut specific, bine precizat și un domeniu clar delimitat. Dealtfel, se consideră că formarea psihologică a medicilor și învățământul clinic în psihologie constituie în Franța "o problemă fundamentală", alături de aceea a statutului juridic și a protecției deontologice a profesiei de psiholog clinician. În sfera acesteia se înscriu câmpul clinic al medicinei psihosomatice, munca de readaptare și reabilitare, activitatea de investigare prin teste și chestionare. Se precizează însă că demersurile cunoașterii psihologice îmbracă aspecte științifice "care nu se limitează nici la rigoarea aplicațiilor, nici la obiectivitatea elaborărilor statistice" (**Nina Rausch de Traubenberg**, 1968, p. 1016).

10.3. Dezvoltarea psihologiei medicale în Anglia.

În **Anglia**, psihologia medicală modernă, recunoscută ca specialitate și profesie în cadrul serviciilor de sănătate din anul 1948, s-a dezvoltat în spiritul celei mai stricte accepțiuni a adjectivului, în care cunoașterea individuală, profundă și longitudinală constituia un deziderat. Axată esențialmente pe relația medic-bolnav, psihologia medicală britanică a avut de la început în vedere cei doi poli ai asistenței, acordând disponibilităților relaționale ale medicului aceeași importanță ca și expectațiilor de sprijin psihologic ale bolnavului. Acest punct de vedere, inspirat din studiile de psihologie socială, inițiat și promovat de Școala de la Tavistock Clinic condusă de **M. Balint**, a devenit o concepție în psihologia medicală actuală, fiind adoptată în majoritatea clinicilor din lume.

În ultima vreme însă, psihologia medicală engleză s-a detașat într-o oarecare măsură

de concepția lui **M. Balint** care prezenta un aspect empiric dar de a cărei oportunitate și eficacitate nu ne îndoim, urmând o linie comportamentistă preconizată de **T. Rodger** și **E. Stengel** (profesori de psihiatrie) și **R. M. Mowbray** și **P. Clarke** (profesori de psihologie).

Relativ recent, British Psychological Society preconizează ca domeniul psihologiei medicale să cuprindă cinci arii majore. Astfel, menținându-se problematica relațională medic-bolnav și a efectelor psihologice ale bolii (preconizate de școala Balint) studiul psihologiei clinice mai cuprinde: - funcțiile psihologice elementare, - psihologia dezvoltării, - psihologia diferențială și - date aferente medicinei din psihologia socială. Totuși, în învățământul medical, ca și în activitatea clinică, a fost semnalată o anumită "rezistență la psihologie" determinată de faptul că medicii, ca și profesorii, au fost formați "într-o filozofie a determinismului fizic", care a făcut "din însumarea fundamentelor biochimice sau structurale ale comportamentului normal sau patologic scopul exclusiv al cercetărilor" (**P. R. F. Clarke, E. Stengel**, 1968, p. 95).

10.4. Dezvoltarea psihologiei medicale în Rusia.

În **Rusia**, psihologia medicală a beneficiat de valoroase tradiții, în special experimentaliste, prin înființarea în ultimele decenii ale secolului trecut a unor laboratoare în principalele spitale de boli neuropsihice, ca și prin introducerea, în aceeași perioadă, a unor cursuri de psihologie pentru studenții facultăților de medicină. Învățământul de psihologie medicală din Rusia a fost desigur impulsionat de îndemnurile lui **I. M. Secenov** care este considerat "nu numai întemeietorul neurofiziologiei ruse, dar și fondatorul psihologiei materialiste" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 17), ca și de studiile lui **V. M. Bechterev** care prin cercetările sale asupra reflexelor a încercat să fundamenteze o "psihologie obiectivă" pe care **I. P. Pavlov** a denumit-o nervism.

Cu toate că studiile și descoperirile lui **Pavlov** au intrat definitiv în patrimoniul neurofiziologiei, fiind acreditate cu o valoare științifică excepțională, continuatorii săi "au încercat înlocuirea psihologiei cu reflexologia și mai târziu cu studiul activității nervoase superioare...negându-se caracterul de-sine-stătător al psihologiei ca știință (**V. N. Miasiscev**, 1971, p. 801). Se subliniază de asemenea că deși "aceste tendințe greșite au fost stăvilite, ele s-au reflectat negativ asupra utilizării psihologiei în practica medicală" (**ibidem**). Se menționează că "subaprecierea specificului vieții psihice, ca un nivel de organizare a activității creierului, ca și tendința de reducere a psihicului la procesele activității nervoase superioare au avut consecințe triste, reflectate prin discordanța fundamentală existentă între psihiatrie și știința psihologică contemporană și prin rămânerea în urmă, neevaluată până acum, a categoriilor psihopatologiei generale față de pozițiile psihologice contemporane" (**I. F. Poliakov**, 1971, p. 821).

În ultimii 15 ani însă, odată cu reevaluarea rolului psihologiei în practica medicală, "din anul școlar 1965/1966 s-a reintrodus un curs de psihologie medicală pentru studenții facultăților de medicină...acest curs jucând rolul unei propedeutici specifice, față de

toate disciplinele clinice" (**V. Banscikov** et al.,1967, p. 5).

Totodată s-a impulsionat activitatea psihologică în spitale și mai ales în clinicile de psihiatrie, menționându-se că, "în prezent, a apărut și s-a dezvoltat o rețea de cabinete de psihologie medicală în spitalele de psihiatrie din țară ... în care lucrează "fie absolvenți ai facultăților de psihologie, fie medici psihiatri care au absolvit o pregătire în psihologia patologică" (**V. Kostikova**, 1965, p. 81).

În cadrul acestei pregătiri, un rol deosebit de important revine metodelor psihologice de tratament, pentru care este organizat un învățământ special prin **catedre de psihoterapie** în principalele institute de medicină. Scopul formării psihoterapeutice a psihiatrilor și neurologilor este acela "de a-i pregăti să devină șefi de cabinet psihoterapeutic în dispensare de psihiatrie și neurologie, ca și pentru a fi psihoterapeuți în spitale de psihiatrie sau de neurologie" (**V. E. Rojnov**, 1968, p. 99). Totodată, este realizată o formare psihoterapeutică a medicilor specialiști, prin organizarea unor **cicluri de cursuri practice de psihoterapie adaptate principalelor domenii clinice**: medicină internă, dermatovenerologie, ginecologie, chirurgie, anestezie și stomatologie.

10.5. Dezvoltarea psihologiei medicale în Statele Unite ale Americii.

În **Statele Unite ale Americii,** primele laboratoare de psihologie clinică au apărut în spitalele de psihiatrie "începând din anul 1894" (**D. Shakow,** 1980, p. 2990). Principala sarcină a psihologilor clinicieni a fost, inițial, aceea a examinărilor psihologice prin aplicarea testelor. Această activitate era acreditată cu o mare responsabilitate și de aceea impunea o calificare specială în domeniu. Ulterior, în anul 1918, psihologilor care aveau această calificare li se acordau "certificate" de către conducerea Asociației psihologilor. O activitate "mai sistematică" în domeniul psihologiei clinice se înregistează însă din 1931 datorită coordonării realizate prin Secția de Psihologie Clinică din cadrul Asociației Americane de Psihologie. Această secție "numără acum 3000 de membri, deși există tot atâția psihologi care, din diferite motive, nu s-au afiliat; în plus, există 60 de universități cu programe de pregătire în psihologia clinică" (**S. L. Garfield**, p. 139).

Se apreciază, de asemenea, că în Statele Unite "psihologii clinicieni, împreună cu cei din consiliere, reprezintă 50% din numărul total al psihologilor" (**E. Hilgard și R. Atkinson**, 1967, p. 603). Este de menționat faptul că psihologii clinicieni nu își desfășoară activitatea numai în domeniul medical, ci și în diverse instituții sociale. În privința scopului și activității psihologilor clinicieni se apreciază că acestea "s-au lărgit imens în ultimele decenii, cuprinzând activitatea în agenții de **child guidance**, spitale de psihiatrie, clinici de sănătate mintală, centre de orientare profesională, instituții școlare, servicii pentru studenți, închisori, școli pentru delincvenți, spitale generale, spitale specializate, școli pentru handicapați, agenții comunitare ce lucrează cu alcoolici, bătrâni, depravați etc." (**D. Shakow**, 1980, p. 2991).

Sub aspectul orientărilor teoretice, dar și al demersurilor practice, nu trebuie omis faptul că, după cel de-al doilea război mondial, "un mare val de entuziasm" a orientat

psihologia clinică din Statele Unite spre psihanaliză, numeroși medici și psihologi urmând cariera de psihanalist. În plus, teoria și practica psihanalitică au dominat și învățământul psihiatric "neglijându-se celelalte științe fundamentale legate de psihiatrie" (**R. J. Stoller, I. N. Mensch**, 1968, p. 48). Acești exponenți ai psihologiei clinice americane subliniază însă că "entuziasmul pentru psihanaliză care a culminat cu o decadă în urmă a regresat în ultimii zece ani, paralel cu creșterea anvergurii celorlalte științe comportamentale, în afară de psihanaliză" (**ibidem**).

10.6. Psihologia medicală în Cuba.

Psihologia medicală a cunoscut o puternică dezvoltare în **Cuba**, unde în ultimele două decenii a parcurs un drum sinuos, de la aspectele psihofiziologice experimentale la cele clinice psihosomatice și terapeutice. Conform opiniei lui **J. A. Bustamante** (1967), studiile de psihologie clinică sunt tot mai mult orientate asupra reacțiilor psihologice ale persoanei la agresiunile și maladiile somatice, ca și asupra consecințelor somatice ale stressurilor psihice. Un loc important în cadrul preocupărilor din domeniu îl ocupă interviul de psihologie clinică, problematica relației medic-bolnav și fenomenul de transfer. Totodată, psihologia clinică abordează fenomenologia psihologică a pacientului din diverse domenii ale medicinei, de la cele medicale la cele chirurgicale, de la cele pediatrice la cele geriatrice. Studiul factorilor iatrogeni, precum și aspectele generale ale sănătății mintale conferă de asemenea conținut psihologiei clinice și medicale aflată, în această țară, într-o fructuoasă dezvoltare.

10.7. Psihologia medicală în Cehia și în Slovacia.

În **Cehia** și în **Slovacia**, dezvoltarea psihologiei medicale este considerată ca "promițătoare, dar insuficientă", întrucât asigurarea unei asistențe medicale cuprinzătoare "necesită servicii psihologice și aplicarea psihologiei ca parte integrantă a îngrijirii medicale preventive și curative" (**A. Polácek, O. Kondás, J. Pogády**, 1968, p. 612). Înscrisă în planurile de învățământ ale facultăților de medicină din Praga, Brno și Bratislava, psihologia clinică este argumentată teoretic de necesitatea unei abordări comprehensive a insului, pornindu-se de la faptul că în însăși definiția sănătății și a bolii sunt invocate atât condiții organice, cât și psihologice și sociale. Sub aspect practic, psihologia medicală din Cehia și Slovacia își găsește o largă aplicabilitate atât în domeniul cercetării (fiind axată asupra rolului factorilor psihologici în etiologia diverselor afecțiuni), al investigației psihologice (asupra modificării personalității insului sub influența bolii), cât și în domeniul psihoterapiilor.

10.8. Psihologia medicală în Spania.

În **Spania**, ignorarea sau minimalizarea problematicii psihologice a medicinei, care a avut loc până în ultimele decenii, este apreciată ca "eroarea somatică", actualmente "fiind puțini aceia care se îndoiesc că psihologia trebuie să aibă loc în sânul medicinii"

(**R. Sarro, J. Germain**, 1968, p. 60). În plus, autorii consideră că neglijarea stării psihice a bolnavului vizează însăși responsabilitatea profesională a medicului. Printre principalele domenii de afirmare a psihologiei medicale din Spania se înscrie cel de investigație și cunoaștere psihologică, de practică psihoterapeutică și de cercetare științifică. Totuși, se precizează că "administrarea testelor nu este decât un moment dintr-un ciclu operațional și a-l reduce pe psiholog la aceasta ar însemna pentru el supliciul lui Tantal" (**ibidem,** p. 64). Psihologul clinician este văzut ca un antropolog, al cărui scop general este studierea și cunoașterea omului, ceea ce implică faptul că în centrul activității sale clinice se situează reacțiile insului la boală, ca și reacțiile sale cu cei care-i acordă asistență.

10.9. Psihologia medicală în Portugalia.

În **Portugalia**, psihologia medicală s-a dezvoltat mai ales după anul 1948, când s-au creat laboratoare de psihologie în spitalele de psihiatrie ca și în serviciile de psihiatrie ale spitalelor generale. În aceeași perioadă, s-au organizat "cursuri libere" de Psihologie Medicală și de Psihosomatică la Lisabona și la Porto. Sub aspect aplicativ, psihologia a cunoscut o amplă dezvoltare prin organizarea așa-numitor "consultații pentru nevroze" din cadrul clinicilor medicale și chirurgicale. Sub aspect metodologic, spiritul comprehensiv, vizând "înțelegerea bolnavului ca personalitate în situație" (**H. de Barahona-Fernandes**, 1968, p. 130), pare să domine activitatea clinică a psihologului. Se consideră, de asemenea, că prin activitatea acestuia, ca și printr-o formare psihologică a medicului, se va putea depăși "unilateralitatea medicinei naturaliste și a scientismului tehnologic" (**ibidem**, p. 129), asigurându-se o cât mai bună cunoaștere nu numai a bolii, ci și a persoanei (**homo patiens**) aflată sub incidența acesteia.

10.10. Psihologia medicală în Mexic și America de Sud.

În **Mexic**, activitatea psihologilor din domeniul clinic este coordonată prin "Departamentul de Psihologie Medicală și Sănătate Publică", înființat în anul 1955. Totodată, dezvoltarea psihologiei medicale a beneficiat de "reforma" care a avut loc în cadrul organizării sanitare și a învățământului, la baza căruia au stat două postulate: "implantarea învățământului psihologic, ceea ce implică includerea studiului persoanei umane în formarea generală a medicului, și necesitatea nu numai de a instrui, ci și pe aceea de a educa pe studenți" (**S. Luza**, 1968, p. 111). Prin această deschidere către psihologie, se urmărește promovarea unei "medicine umaniste", în cadrul căreia omul să fie abordat "ca totalitate biopsihosocială" (**ibidem**).

Dezvoltarea psihologiei clinice în țările **Americii de Sud (Argentina, Brazilia, Chile, Columbia, Peru, Venezuela)**, cunoaște orientări asemănătoare aceleia din **Mexic**, și anume - abordarea comprehensivă a bolnavului, - ampla deschidere către medicina psihosomatică și problematica relațională a pacientului, - accentul asupra studiului personalității (în cercetare) și asupra psihoterapiei în activitatea de asistență.

10.11. Psihologia medicală în România.

În țara noastră, Psihologia Medicală a fost introdusă în anul 1967 de **G. Ionescu** la Secția de Psihologie a Universității București. În anii următori, prin inițiativa și la insistențele lui **Paul Popescu Neveanu**, tot la Universitatea București s-a înființat **Secția de Psihologie Medicală**, alături de **secția de Psihologie Industrială și Psihologie Pedagogică.** Încredințându-i-se conducerea secției de Psihologie Medicală, **G. Ionescu** a introdus aici încă două cursuri fundamentale, și anume: **"Psihopatologie și Psihiatrie"** și **"Psihoterapie"** care, împreună cu **"Psihologia Medicală"**, constituiau aria centrală a evantaiului disciplinelor destinate formării psihologului clinician.

Această secție a fost absolvită și de numeroși medici care, ulterior s-au afirmat printr-o remarcabilă activitate clinică și științifică în domeniul psihomedical, ca: **Dr. Ion Cucu, Prof. Leon Dănăilă, Dr. Constantin Enăchescu, Conf. Bradu Iamandescu, Dr. Șerban Ionescu** (profesor de psihiatrie la Sorbona) și alții.

Adăugăm faptul că formarea psihoterapeutică a studenților, ca și a unor medici secundari psihiatri, se desfășura în cadrul **"Centrului de Psihoterapie"**, o clădire distinctă din incinta **spitalului Dr. Gh. Marinescu**, în care, medici și psihologi cu o anumită experiență clinică, precum **S. Diacicov, O. Hanganu, Irina Holdevici, G. Ionescu, E. Papadima, I. Vianu**, alături de îndrumarea grupelor de studenți efectuau cure de psihoterapie individuală și în grup sau experimentau aplicarea metodelor noi de psihoterapie.

*
* *

Într-o privire de maximă generalitate asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei medicale, în afara diferențelor inerente și întrucâtva specifice de la o țară la alta, se poate afirma că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a bolnavului este general manifestat și intens invocat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gândire psihologică, ce s-a dezvoltat progresiv în activitatea clinică. De asemenea, există o intensă preocupare pentru instruirea și abilitarea medicală a psihologilor, ca și pentru formarea psihologică a medicilor, invocată, iar în cele mai multe țări statuată, ca parte integrantă a pregătirii medicale. Tocmai de aceea, "problema formării psihologice a medicilor este și a făcut deja obiectul a multiple studii în Franța, Germania, Statele Unite și mai ales în Anglia" (**H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset**, 1978, p. 54)

În același timp, ținând seama de posibilitățile obiectiv limitate în pregătirea psihologică a medicilor, ca și în instruirea medicală a psihologilor, actualmente se preconizează formarea unui nou specialist clinician, "medicul psiholog", abilitat în asistența tulburărilor și bolilor psihice, ca și cercetării problemelor igienei mentale și

"structurii mentale" a insului sănătos și bolnav. Acest specialist, format în cadrul învățământului medical, într-o secție de "medicină psihologică", va îmbina formația socioantropologică a psihologului cu viziunea medicală a psihiatrului, beneficiind astfel de o pregătire și competență superioare, necesare atât în privința asistenței specifice, cât și a cercetării din domeniul psihiatriei și al psihologiei clinice.

BIBLIOGRAFIE

Balint, M., Balint, Enid., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot, Paris, 1966.

Banscikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediținskaia Psihologhiia*, Izd. Mediția, Moskva, 1967.

Barahona-Fernandès, H. de, *La psychologie dans la curricullum médical*, "Psychologie et Médecine" (red. P. Pichot), Masson, Paris, p. 125-144.

Böcher, W., *La formation psychologiques des étudiants en médecine et la coordination de la psychiatrie et la sciences psychologiques*, în Psychologie et Médecine, (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 15-33.

Borden, E., *Clinical psychology at the crossroads*. "Newsltr. Div. Clin. Psychol." Am. Psychol. Ass., 1963, 16, 2, p. 3-4.

Bustamante, J. A., *Psicologia Medica*, Inst. del Libro, Cuba, 1967.

Clarke, P. R. F., Stengel, E., *L'enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine en Grande Bretagne*, în: Psychologie et Médecine (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 79-96.

Daumezon, G. et al., *Psychologie à l'admission de Sainte Anne (Refléxion sur la collaboration Psychiatres et Psichologiques)*, "L'Information Psychiatriques", 1968, 44, 5, p. 449-458.

Deese, J., *Clinical Psychology*, în *General Psychology* (J. Deese ed.), Allyn and Bacon, Boston 1967, p. 582.

Dosios, A., Alexandru, S., Neicu, Valentina, *Colaborarea medicului cu psihologul în serviciul de psihiatrie* (adulți), "Revista de Psihologie", 1963, 9, 1, p. 37-49.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de Psychiatrie*, Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1978.

Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, "Ann. méd. psychol.", 1961, 210, p. 321-325.

Fedida, P., *Percéption et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, "Bull. psychol.", 270, 21, p. 908-929.

Garfield, S. L., *Handbook of Clinical Psychology* (B. B. Wolman ed.), McGraw Hill, New York, 1965.

Gentis, R., *Le psychologue à l'asile: étude écologique*, "L'Information Psychiatrique", 1968, 44, 6, p. 549-554.

Goldenson, R. M., *Medical Psychology. The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*. Doubleday, New York, 1970.

Gratiot-Alphandéry, Hélène, *Le rôle de psychologue clinicien*, "L'Information Psychiatrique", 1968, 44, 5, p. 445-447.

Greening, T., Bugental, T., *Psychologists in clinics*, "The profession of psychology", Holt, New York, 1962.

Guyotat, J. et al., *Psychiatrie et formation psychologique de médecin*, "Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise, Dijon, 4-9 Julliet, 1967", Masson, Paris, 1967.

Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, John Wiley, New York, 1957.

Harrower, Molly, *Clinical Psychologists at Work*, în: Handbook of Clinical Psychology (B. B. Wolman ed.),

McGraw Hill, New York, 1973, p. 1443-1458.
Hellmut, S., *Der Psychologie in der modernen Psychiatrie,* în: *Sozialpsychiatrie in der sozialistichen Gesellschaft* (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Veb Georg Thiéme, Leipzig, 1971, p. 93-100.
Heuyer, G., *Vingt Lecons de Psychologie Médicale*, Press. Univ. France, Paris, 1966.
Hilgard, E. R., Atkinson, R. C., *Clinical and counseling psychologists,* în: Introduction to psychology, Harcour, Brace, New York, 1967, p. 603.
Hunt, A. W., *Relations with other Professions*, "Handbook of Clinical Psychology" (ed. B. B. Wolman), McGraw-Hill, New York, 1973, p. 1459-1468.
Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Edit. Științifică, București, 1973.
Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie Médicale*, Masson, Paris, 1980.
Kaplan, H. I., *Psychosomatic Medicine. I. Basic Concepts. Comprehensive textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, 1967.
Kerbikov, O. et al., *Psychiatrie*, Ed. Mir, Moscou, 1972.
Kleinsorge, H., *Zur Zusammenarbeit zwischen Artz und Klinischen Psychologen*, în: Probleme der Klinisch psychologischen Diagnostik (red. H. Szewczyk, H. D. Rösler), Veb Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1967, p. 13-19.
Kostikova, V. V., *O praticeskoi rabote psihologhiia v psihiatriceskoi bolnițe*, "Voprosî exsperimentalnoi patopsihologhii", Ministerstvo-zdravohranenia, Moskva, 1965, p. 81-86.
Lafon, R., *Psychologie clinique*, "Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant", Press. Univ. France, Paris, 1963.
Lagache, D. et al., *Les modèles de la personnalité*, Press. Univ. France, Paris, 1965.
Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, "L'Expansion scientifique francaise", Paris, 1960.
Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediținskuiu psihologhii*, Izd. Mediția, Leningrad, 1966.
Luza, S., *Enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine* (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 109-123.
Martin, M. J., *Psychiatry and Medecine*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2030-2041.
Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, Baillière, Tindal-Cassel, London, 1969.
Miasiscev, V. N., *K voprosu o znacenii psihologhii dlia mediținî*, "Jurnal nevropatologhii i psychiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 801-802.
Minkowski, E., *Les assies d'une psychologie et d'une psychopatologie humaines*, "Ann. Méd. Psychol.", 1969, 127, 2, 2, p. 240-244.
Misés, R., Bailly-Salin, M. J., *La place du psychologie dans un secteur de néuropsychiatrie infantile*, "L'Information Psychiatrique", 1968, 44, 5, p. 437-444.
Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie appliquée*, în: Traité de psychologie appliquée, vol. II (red. M. Reuchlin), Press. Univ. France, Paris, 1973, p. 111-162.
Perse, J., *Collaboration du psychologie au dépistage et au diagnostic des maladies mentales*, în: Traité de psychology appliquée (red. M. Reuchlin), Press. Univ. France, Paris, 1972, p. 109-147.
Pichot, P., *Histoire des idées sur l'hystérie*, în: Confrontations Psychiatriques, Spécia, Paris, 1968, p. 1-28.
Polácek, A., Kondás, O., Pogády, J., *K potrebe rozvoja psychologie v zdravotniktch sluzbach*, "Bratisl. lex. listy", 1968, 49, 6, p. 612-617.
Poliakov, I. F., *Psihologhia i psihiatria*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 821-830.
Predescu, V., Ionescu, G., *Psihologia - dimensiune implicită a medicinei* (Raport la prima Consfătuire națională de psihologie medicală, Cluj, nov. 1971), "Neurologia", 1972, 17, 4, p. 289-298.
Raimbault, E., *Compte rendu de la 11e Conférence Internationale sur la formation psychologique des médecins à la thérapeutique*, "L'Evolution psychiatrique", 1964, 29, 4, p. 649.

Rausch-Traubenberg, Nina, *Images de psychologie clinicien*, "Bull. Psychol.", 1968, 270, 21, p. 1015-1019.

Rojnov, V. E., *L'enseignement de la psychologie médicale et de la psychothérapie en Union Soviétique*, "Psychologie et Médecin" (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 97-101.

Sarro, R., Germain, J., *Quelques questions de psychologie médicale*, "Psychologie et Médecine" (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 59-68.

Schneider, B. P., *Psychologie médicale*, Payot, Paris, 1969.

Schraml, W. J., *Précis de Psychologie Clinique*, Press. Univ. France, Paris, 1973.

Schultz, J. H., *Die seelische Krankenbehandlung*, Fischer, Stuttgart, 1963.

Shakow, D., *Clinical Psychology*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, III, vol. 3 (H. I. Kaplan, et al. eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2990-3000.

Silva, E. P., *Medicina Psicossomatica*, Ministério da educaçao e cultura, São Paolo, 1959.

Speer, E., *Psychoterapie durch Laien*, "Handbuch der Neurosenlehre Psychoterapie" (red V. Frankl et al.), Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, 1959.

Stoller, R. J., Mensh, I. N., *L'enseignement de la psychiatrie et de sciences psychologiques, în Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 47-58.

Szowezyx, H., *Dévelopement de l'état de l'enseignement de la psychologie pour les étudiants en médicine*. "Psychologie et médicine" (red. P. Pichot), Masson, Paris, 1968, p. 1-14.

West, N. D., *Psychiatry in Primary Care Medicine*, Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, London, 1979.

Capitolul III

NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN VIAȚA PSIHICĂ

1. Criteriile și coordonatele sănătății psihice

Analiza fenomenelor de normalitate, sănătate, boală ca și a acțiunilor de igienă psihică și profilaxie psihică trebuie să pornească de la precizarea conținutului acestor noțiuni, delimitarea lor semantică fiind supusă unor sinonimii care le prejudiciază înțelegerea.

La această ambiguitate a conceptelor se adaugă faptul că de cercetarea normalității se ocupă cei specializați în cunoașterea bolii, ei fiind confruntați în primul rând cu nevoia depistării și delimitării acestei stări sub care deseori se desfășoară existența. Mai ales în sesizarea și cunoașterea formelor incipiente de boală sau a manifestărilor sale inaparente, medicul trebuie să aibă o imagine clară asupra normalității deși delimitarea acesteia de patologie nu poate fi dusă până la concluzii de evidență axiomatică; de aceea, apare ca o necesitate pentru medic "să se preocupe de descoperirea unor noțiuni și definiții mai precise ale sănătății și normalității" (**D. Offer și M. Sabshin**, 1975, p. 459).

1.1. Normalitatea psihică.

Cu toate că studiile de psihologie și de psihopatologie nu au putut stabili o delimitare a normalului de patologic, între cele două stări existând o insidoasă și imperceptibilă modificare, cercetarea normalității psihice este invocată actualmente de numeroase motive printre care menționăm:

- **calitatea vieții**, care în epoca noastră se instituie ca un deziderat, presupune în primul rând o bună cunoaștere a stării de normalitate și sănătate;

- **efortul nosografiei psihiatrice** de a delimita entități psihice după modelul patologiei somatice, a ilustrat că între normal și patologic există o zonă vastă a sociopatiilor (respectiv a dizarmoniilor) care nu pot fi considerate boli psihice;

- **necesitatea de a aprecia** cât mai exact eficiența acțiunii numeroaselor substanțe psihotrope intrate în terapia psihiatrică în ultimul sfert de secol, precum și a metodelor de psihoterapie;

- **aprecierea capacității de muncă și a gradului de invaliditate psihică** în vederea acordării asistenței sociale și medicale adecvate este imposibilă fără a avea drept criteriu

de referință starea de normalitate.

1.2. Normalitate și sănătate.

Normalitatea, noțiune folosită în mod frecvent ca sinonimă cu sănătatea, are o sferă mai largă decât aceasta, pe care o înglobează. Considerăm că distincția între cele două concepte este necesară atât sub aspect teoretic cât și operațional, mai ales în epoca noastră când în plan social se militează nu numai pentru evitarea bolii și implicit menținerea sănătății, ci și pentru asigurarea unui înalt nivel calitativ al acesteia. Astfel, dacă normalitatea înseamnă negarea bolii, sănătatea se instituie ca victorie asupra acesteia. **Normalitatea vizează media și normativitatea, pe când sănătatea, plasată deasupra normei, are în vedere calitatea; normalitatea se bazează în primul rând pe adaptare în timp ce sănătatea poartă în sine elementul și ideea de valoare.**

Normalitatea vizează abordarea medicală tradițională și are în vedere eforturile terapeuților de a înlătura semnele și manifestările bolii, considerându-se că "un comportament se înscrie în limitele normalității, când nu prezintă nici o psihopatologie manifestă" (**D. Offer și M. Sabshin**, 1975, p. 459). Conceptul de **normalitate se plasează astfel în domeniul medicinii curative**, pe când cel de **sănătate**, bazat pe igienă și profilaxie, **se înscrie în aria medicinei preventive.**

Normalitatea se sustrage bolii care agresionează viața psihică, pe când **sănătatea** se îndepărtează de boală fiind o **normalitate ideală**.

Și totuși, după ce s-a traversat o stare de boală nu se afirmă că este vorba de "normalizare" ci de "însănătoșire" sau de vindecare. Acest mod comun de exprimare se datorește faptului că **noțiunea de sănătate este mai legată de aspectele somatice**, de corporalitate, în timp ce **noțiunea de normalitate este mai apropiată de aspectele mintale, psihice**. Cu alte cuvinte, din punct de vedere somatic omul poate fi sănătos sau bolnav, în timp ce din punct de vedere psihic, el poate fi normal sau anormal. Această situație urmează evoluția științei în sensul că "tulburarea psihică a pătruns mai târziu în conștiința oamenilor, **ca idee** de boală și în lexicul lor **ca noțiune** de boală. Dealtfel, delimitarea clinică științifică a bolilor psihice s-a realizat târziu (după descrierea bolilor somatice), nosografia psihiatrică fiind edificată în prima jumătate a secolului nostru.

Studiile de psihologie medicală efectuate în ultimele decenii au ilustrat faptul că psihicul se poate îmbolnăvi asemenea corpului, boala psihică având o anumită procesualitate, care, în dinamica ei, cunoaște un debut, o evoluție, precum și o remisiune sau vindecare. Concomitent însă, terapeuții și organizatorii de sănătate au obținut succese nu numai în limitarea bolii psihice, în prevenirea acesteia, ci și în **realizarea unei stări de sănătate** calitativ-superioare **în care omul să trăiască o viață cât mai îndelungată**, dar mai ales să **cunoască bucuria vieții**. Către acest deziderat tind cele mai multe definiții și descrieri ale sănătății psihice.

Menționând că nu există o definiție unanim acceptată a noțiunii de sănătate (după cum nu există nici o delimitare între boală și normalitate) subliniem criteriile pe care s-

Evoluția și perfecționarea sistemelor sociale implică o dezvoltare a cunoștințelor medicale și a acțiunilor medico-sociale de natură să sporească nu numai toleranța și acceptarea ci și înțelegerea și apărarea bolnavului psihic. Psihologia socială și sociologia medicală studiază problematica relaționării și integrării sociale a bolnavului psihic, militând pentru crearea unui mediu nu numai tolerant ci și securizant, ca o condiție esențială a ameliorării și a remisiunii tulburării.

4. Forme și mijloace de prevenire a tulburărilor psihice și de realizare a sănătății psihice*

4.1. Evoluția măsurilor și acțiunilor de psihoigienă și psihoprofilaxie.

Importanța problemelor de psihoigienă și psihoprofilaxie depășește prin caracterul lor social preocuparea medicilor psihiatri și intră în competența unor foruri administrative cu caracter național și internațional. Astfel, în 1919 se înființează în U.S.A. un **Comitet Internațional pentru Sănătatea Mintală** care organizează congrese internaționale (la Washington, 1930, Paris, 1937 și Londra, 1948) în care se dezbat probleme privind igiena psihică și profilaxia tulburărilor psihice.

În cadrul celui de al treilea Congres, de la Londra (1948) se creează **Federația Mondială pentru Sănătatea Mintală (FMSM)** care întreprinde activități de coordonare, de reprezentare și de cercetare științifică privind problemele de igienă și de profilaxie psihică. Tot în anul 1948 organisme guvernamentale și internaționale înființează la Geneva **Organizația Mondială a Sănătății (OMS),** în cadrul căreia funcționează o **Secțiune pentru Sănătatea Mintală**. Datorită diferențelor socioculturale dintre statele membre, OMS a creat **Birouri Regionale**, pentru Africa, America, Asia de Sud-Est, Mediterana Occidentală și Pacificul Occidental, precum și **Comitete de Experți**, care se întâlnesc în reuniuni și prezintă rapoarte periodice privind bazele teoretice ale acțiunii internaționale în domeniul sănătății mintale.

În România, preocupările privind psihoigiena și profilaxia cunosc o deosebită ecloziune în perioada dintre cele două războaie mondiale (în special după 1930), ele fiind legate de însăși dezvoltarea de ansamblu a psihologiei românești, îndeosebi a laturilor sale aplicative.

O activitate notabilă în domeniul igienei și profilaxiei mintale se desfășoară în cadrul **Institutului de Psihologie din Cluj** (condus de **Fl. Ștefănescu-Goangă**), al Societății române de cercetări psihologice (înființată la București în 1934, de **C. Rădulescu-Motru**) care avea o secție de psihologie patologică și medicală și, mai ales,

* Paragraf elaborat de M. Bejat

în cadrul **Societății de psihologie medicală**, înființată la Sibiu, în 1937, de **Gh. Preda**, care împreună cu colaboratorii săi (**I. Stoichița, Th. Stoenescu, I. Popescu-Sibiu** ș.a.) inițiaseră încă din 1935, o serie de acțiuni practice în domeniul psihoigienei și psihoprofilaxiei.

În concepția autorilor lor, măsurile de igienă și profilaxie mintală erau menite să cuprindă întreaga populație; s-a acordat însă o atenție deosebită problemelor igienei mintale școlare și orientării profesionale a elevilor (**Al. Roșca**, 1939; **Al. Roșca, S. Cupcea**, 1939, **I. M. Nestor**, 1940 ș.a.), igienei mintale universitare, tehnicilor muncii intelectuale, orientării profesionale a studenților (**D. Todoranu**, 1936) și igienei mintale profesionale (**Al. Roșca**, 1939 ș.a.).

Concepțiile privind activitatea psihoigienică și psihoprofilactică, așa cum sunt ele formulate de promotorii lor (**Gh. Preda** și colab., **Fl. Ștefănescu-Goangă** și colab.) au o trăsătură comună, esențială: ele pledează pentru abordarea multidisciplinară (cu ajutorul unor echipe formate din medici, psihologi și sociologi) a persoanei umane, înțeleasă ca ființă biopsihosocială.

Acest mod foarte modern de a înțelege problemele psihoigienei și psihoprofilaxiei, anticipează cu mai bine de un deceniu concepția lui **R. Lafon** (1950) despre igiena mintală ca o "psihopedagogie medicosocială".

4.2. Deziderate și direcții de aplicare a măsurilor de psihoigienă.

Revendicată de igiena generală în virtutea unor considerente metodologice, igiena psihică aparține în fond psihologiei și psihiatriei care au inițiat-o și promovat-o cu eficacitate și realism, pe măsura cunoașterii sanogenezei, a factorilor psihopatogenici și asigurării condițiilor sociale. Concepută ca un **ansamblu de măsuri și mijloace destinate menținerii și promovării sănătății, psihoigiena** își extinde domeniul în funcție de obiectul său și de conținutul metodelor sale. Considerăm că în diversificarea sa, psihoigiena trebuie să-și structureze ansamblul mijloacelor și metodologia sa în sens longitudinal, istorico-individual, edificând o psihoigienă a fiecărei perioade caracteristice de vârstă. Măsuri speciale de psihoigienă vizează de asemenea perioade biopsihologice particulare ale vieții insului ca pubertatea, gestația și postpartum-ul, menopauza și andropauza. Conținutul metodelor de psihoigienă este desigur diferit în funcție de nivelul sociocultural și de statutul profesional al insului sau al grupului; se pot elabora acțiuni specifice privind psihoigiena muncii intelectuale, a muncii industriale, a activității universitare sau a vieții familiale.

Acțiunile de psihoigienă nu sunt orientate numai centrifug, spre ambianța insului sau a relațiilor acestuia cu mediul social sau profesional, ci și centripet, asupra principalelor funcții și procese psihice; aceste acțiuni pot cristaliza o psihoigienă a funcțiilor senzoriale, cognitive și mai ales volițional-afective care sunt cele mai labile și mai susceptibile de perturbare sub influența acțiunilor negative; în epoca noastră măsurile de **psihoigienă a caracterului** s-ar înscrie în efortul social-general de edificare a unei

personalități superioare.

4.3. Psihoprofilaxia și principalele categorii de prevenire a tulburărilor psihice.

O profilaxie realist-științifică a îmbolnăvirilor psihice nu poate fi realizată decât pe baza cunoașterii cauzelor și condițiilor care determină și favorizează apariția și dezvoltarea acestor boli. Tocmai de aceea profilaxia mintală sau psihoprofilaxia a apărut relativ târziu, cristalizându-și conținutul odată cu progresele din domeniul etiopatogeniei. Definită ca un **ansamblu de măsuri destinate prevenirii apariției tulburărilor mintale sau împiedicării evoluției defavorabile a celor depistate, psihoprofilaxia** a urmat modelul profilaxiei bolilor infecțioase. Considerăm însă că acest model, cu o bună structurare și mare eficiență în aplicare, nu poate fi urmat decât în linii generale de către psihoprofilaxie. Aceasta pentru că modelul de profilaxie din domeniul bolilor infecțioase beneficiază în cel mai înalt grad de aportul etiopatogeniei în timp ce, în domeniul psihoprofilaxiei, aceasta este zona unor mari incertitudini.

Modelul psihoprofilactic, deși deficitar în conținut, urmează etapele, respectiv categoriile profilaxiei general-medicale și anume:

- **psihoprofilaxia primară** ce cuprinde acțiuni și mijloace care vizează împiedicarea apariției manifestărilor psihopatologice sau a bolilor psihice propriu-zise;
- **psihoprofilaxia secundară** are în vedere măsuri menite să amelioreze evoluția negativă a tulburărilor, să prevină agravările și să diminueze posibilitatea de cronicizare sau potențialul sechelar al bolii;
- **psihoprofilaxia terțiară** cuprinde ansamblul măsurilor ce au drept scop reducerea invalidității, reabilitarea și resocializarea bolnavilor psihici.

4.4. Psihoprofilaxia primară.

Acțiunile de împiedicare a apariției bolilor psihice și a manifestărilor psihopatologice "au un rol limitat datorită necunoașterii cauzelor majorității bolilor mintale" (**F. Cloutier**, 1971, p. 2). Orientată prin excelență spre combaterea cauzelor îmbolnăvirii psihice, psihoprofilaxia primară este handicapată de slabele progrese din domeniul etiologiei bolilor psihice. Cu toate că s-au obținut progrese importante în cunoașterea clinică și terapia bolilor psihice, nu trebuie omisă concluzia sumbră conform căreia "domenii mult mai importante, cum sunt acelea ale prevenirii tulburărilor psihice și a remediilor pentru inadaptarea socială sunt încă virgine" (**OMS**, 1962, p. 405).

În imposibilitatea orientării specific-etiologice a acțiunilor sale, psihoprofilaxia primară își concentrează preocupările asupra asigurării și consolidării sănătății mintale. Este zona de convergență și de complementaritate a psihoprofilaxiei cu psihoigiena și sursa sinonimiilor și confuziilor privind aceste două noțiuni. Datorită dificultăților aplicării unor acțiuni țintite cauzal, concret-etiologice, psihoprofilaxia primară își deplasează

preocupările spre psihoigienă, pornind de la premisa că "promovarea sănătății psihice constituie un mod de a preveni boala psihică" (**J. Zusman**, 1975, p. 2327).

Încercând o sistematizare a acțiunilor psihoprofilaxiei primare, distingem măsuri preventive biologice, psihologice și sociologice. Menționăm faptul că **ponderea acestor măsuri poate fi eșalonată într-o succesiune conform căreia, cu cât insul se află în stadii mai precoce ale dezvoltării sale, cu atât crește importanța acțiunilor cu caracter biologic, pentru ca, în stadiile ulterioare evoluției sale, accentul să se deplaseze asupra acțiunilor cu conținut psihologic și social.** Astfel, înainte de naștere și în primii ani ai existenței, importanța esențială revine prevenirii factorilor infecțioși și toxici, în perioada școlarității și a angajării profesionale crește importanța factorilor psihologici-educaționali, pentru ca la vârsta a treia, a involuției, rolul esențial să revină factorilor sociali.

4.4.1. Măsuri preventive biologice; au ca scop reducerea sau înlăturarea factorilor de risc psihopatogenetic și malformativ pentru descendenți. Astfel se pot face determinări biochimice ale cuplului matrimonial pentru a evita procrearea la cei care au incompatibilități ale unor fracțiuni serologice; de asemenea vor fi **stimulate nașterile la persoane tinere**, știut fiind că vârsta avansată a mamei (în general după 40 de ani) sporește riscul unor afecțiuni ce evoluează cu deficit psihic.

Cunoscându-se potențialul ereditar al unor afecțiuni degenerative și psihotice poate fi instituit și legiferat **"planning-ul familial"** și **sfatul genetic** în virtutea cărora cuplurile care doresc să aibă copii să fie investigate biochimic și psihologic pentru ca, în funcție de rezultate, procrearea să poată fi încurajată sau evitată prin aprecierea realistă a riscului patogenetic. Acest filtru a fost denumit, în sens metaforic **"eugenie psihică"** sau **"sterilizare psihologică"**. Desigur, măsurile negative de limitare a procreației privind persoanele handicapate psihologic sau biologic sunt împotriva sensului moral al epocii în general și al societății actuale în special, dar cunoașterea condiției biologice a părinților se înscrie de asemenea în codul moral al responsabilității față de copii și de societate.

4.4.2. Măsuri preventive educativ-psihologice; de mare importanță pentru cristalizarea și dezvoltarea personalității copiilor, aceste măsuri vizează în primul rând o raportare adecvată a părinților față de copii. Interacțiunea defectuoasă dintre părinți și copii, cu consecințe patogenice asupra dezvoltării psihice a acestora, impune în primul rând educația părinților. Atitudinile și acțiunile acestora față de copii vor fi nuanțate și relativ specifice în funcție de stadiul evolutiv al copilului și particularitățile sale psihice.

Probleme privind influența psihopatogenă a carenței afective și sociale la vârsta copilăriei ca și influența negativă a atitudinii mamei, vor fi dezbătute în grupurile de educație ale părinților. Dezvoltarea în familie a unei atmosfere de aprobare, încurajare și dragoste, de cultivare a emoțiilor pozitive ca bucuria și umorul nu trebuie să neglijeze **cultivarea toleranței la frustrație și stress**, prin confruntarea independentă a copilului cu dificultățile. De asemenea membrii familiei și educatorii trebuie să creeze condiții pentru promovarea atitudinilor cooperante și a dezvoltării sentimentului de responsabilitate.

4.4.3. Măsuri preventive instituțional-sociale; evitarea suprasolicitării, dar mai ales a muncii desfășurate în condiții de incertitudine și insecuritate, ca și crearea unui climat profesional favorabil, se înscriu ca factori comuni de psihoprofilaxie. Este necesară întocmirea de programe educaționale care să ilustreze rolul negativ, psihopatogenetic al situațiilor conflictuale, psihotraumatizante și psihostressante.

Creșterea progresivă a numărului de bătrâni, datorită progreselor medicale și măsurilor sociale, ridică numeroase probleme privind psihoprofilaxia vârstei a treia. Reducerea posibilităților și performanțelor fizice și psihice prin slăbirea funcțională a sistemului nervos, la care se adaugă reducerea relațiilor sociale, a responsabilității și autostimei, determină apariția la bătrâni a numeroase manifestări psihopatologice. Măsurile de psihoprofilaxie constau în încurajarea, pe plan psihosocial, a unei atitudini pozitive față de senescență, de acceptare a noilor realități, de cristalizare a convingerii că, în pofida dificultăților ei, **viața are sens, scop și inestimabilă valoare**. Aceste convingeri nu pot fi însă grefate verbal întrucât ele își află sorgintea în activitate, fapt pentru care munca, nuanțată în funcție de posibilități, constituie la orice vârstă cea mai sigură resursă sanogenică.

4.5. Psihoprofilaxia secundară.

Vizează oportunitatea și eficacitatea măsurilor terapeutice al căror scop este reducerea manifestărilor și evoluției bolilor psihice, precum și obținerea unor remisiuni îndelungate, de bună calitate, și a recuperării psihologice precoce. Considerăm că această etapă a psihoprofilaxiei este impropriu denumită "secundară" întrucât are în față manifestări psihopatologice evidente, sau boala psihică bine constituită. Termenul poate fi menținut numai în raport cu prevenirea deficiențelor psihice deși este greu de admis faptul că evoluția, chiar favorabilă a oricărei psihoze ar putea lăsa psihicul indemn de orice deficit sau dizarmonie. De aceea, într-o exprimare sintetică "psihoprofilaxia secundară" are drept scop "să prevină sechelele și să limiteze deficiențele bolilor psihice" (**H. R. Leavell și F. G. Clark**, 1965, p. 20).

Desigur, condiția acestui deziderat o constituie precocitatea diagnosticului și oportunitatea tratamentului, aspecte care se includ de asemenea în ansamblul de măsuri ale psihoprofilaxiei secundare. Pentru asigurarea materială a acestor măsuri este necesară perfecționarea funcționării unităților de asistență psihiatrică, respectiv a serviciilor de sănătate mintală și înființarea de secții pentru tulburări mintale și psihosomatice în spitalele generale.

În virtutea acestor premise, psihoprofilaxia secundară modernă își desfășoară acțiunile în următoarele direcții:

- realizarea **screening**-ului prin cernerea unor cât mai mari grupuri de populație pentru a descoperi persoane cu boli psihice sau manifestări psihopatologice în vederea aplicării tratamentului necesar și a cunoașterii cât mai precise a morbidității prin boli psihice, știut fiind că de aceasta depinde asigurarea cadrelor de îngrijire și a instituțiilor

de asistență medico-psihologică;

- dezvoltarea și creșterea utilizării serviciilor de sănătate mintală pentru a mări accesibilitatea la tratament a oricărei persoane care prezintă tulburări, dizarmonii sau deficiențe psihice;

- înființarea și dezvoltarea unor servicii de **"intervenție în criză"** (așa cum este **serviciul "încrederii"**, la Praga, sau **serviciul "speranței"** la Brno) la care pot apela persoane aflate într-un impas psihologic sau cu tendințe de suicid;

- întreprinderea unor acțiuni de educație psihică destinate cunoașterii semnelor de boală psihică și a măsurilor necesare precum și instruirea în semiologia psihopatologică a medicilor și psihologilor.

4.6. Psihoprofilaxia terțiară.

Are în vedere mai ales bolnavii care au prezentat un proces psihotic sau manifestări psihopatologice și cuprinde acțiuni complexe, cu caracter sociocultural, destinate prevenirii sau limitării dezadaptării, dependenței și deficienței psihice. Prima acțiune în suita acțiunilor de psihoprofilaxie terțiară constă în **evaluarea gradului de incapacitate de muncă** și profesională ca o consecință a gradului de invalididate sau defectivitate psihică.

Evaluarea gradului de incapacitate de muncă și de activitate profesională este o problemă medicopsihologică și se înscrie ca un al treilea deziderat după diagnostic și tratament, căruia comisia de expertiză trebuie să-i răspundă oportun, adecvat și cu conștiința deplinei responsabilități. Întrucât de acest act depinde în continuare sprijinul medical și social acordat bolnavului, considerăm că orice evaluare eronată este susceptibilă de a aduce prejudicii sănătății insului, psihologiei sale și economiei naționale.

A doua etapă în cadrul măsurilor de psihoprofilaxie terțiară cuprinde acțiuni înscrise sub noțiunile de **reabilitare, readaptare și resocializare**. Folosite ca sinonime, aceste noțiuni au un conținut semantic deosebit; astfel, în ultima vreme câștigă tot mai mult teren termenul anglo-saxon ("rehabilitation") de reabilitare, dar oricât s-ar încerca a i se extinde sfera, el nu poate fi la fel de cuprinzător ca cel de readaptare care își subordonează și noțiunile de **recuperare** psihică și **reîncadrare** în muncă. Conceptul de **reabilitare** prezintă o sferă mai restrânsă și pentru faptul că păstrează un pregnant conținut juridic, iar atunci când este utilizat în accepțiunea medicală, apare, din această perspectivă, umbra sa etico-morală.

Reabilitarea și readaptarea se realizează printr-un ansamblu de acțini înscrise în aria psihoterapiei, ergoterapiei și socioterapiei, desfășurată în cadrul acțiunii de asistență medico-psihologică sau al comunității terapeutice. Obiectivul major al acestor acțiuni este pregătirea persoanelor respective pentru viața socială , din afara instituției medicale, fapt pentru care este de asemenea folosit termenul de **resocializare**.

Măsurile de psihoprofilaxie terțiară capătă astfel o dimensiune prospectivă, pe baza comportamentului și situației prezente, dacă cel ce a avut o boală psihică poate desfășura

o activitate în cadrul profesiunii sale și în societate. Spre deosebire de etapele sale anterioare ce aveau în vedere boala, psihoprofilaxia terțiară privește în primul rând persoana prin prisma posibilităților sale de desfășurare a unei activități social-organizate și productive, care constituie rostul primar al existenței și conduita esențială a sanogenezei.

BIBLIOGRAFIE

Adis, C., Waisanen, E. B., *Modernidad y toleracia, el caso de las atitudes hacia la enfermedad mental.* Acta Psyquiat. Psicol. Amer. Lat., 1967, 1,2, 149-157.

Ahrenfeldt, H. R., *La notion de santé mentale.* Enciclopédie Medico-chirurgicale. Psychiatrie, 37960 A. 10, nr. 7, 1971, 1-8.

A. Ajuriaguerra, J., *Manuel de Psychiatrie de l'enfant.* Masson, Paris, 1974.

Cloutier, F., *Santé mentale, hygiène mentale et prophylaxie mentale.* Encyclopédie Medico-chirurgicale. Psychiatrie, 37960, A.20, nr. 2, 1971, 1-6.

Duchêne H., *Qu'est que c'est l'hygiène mentale ?* Cahiers Laënnec, 1957, 17, 1, 2-11.

Freud, S., *Analysis, terminable and interminable,* în: The Standard Edition of S. Freud's Collected Papers, vol. 23, Hogarth Press, London, 1964.

Goldenson, R. M., *Normality,* în: The Encyclopedia of Human Behaviour (R. M. Goldenson, ed.), Double Day, New York, 1970.

Ionescu, G., *On the Meaning of the Concepts: Disablement, Invalidity, Appraisal, Rehabilitation and Readaptation,* în: IV-TH International Symposium on Rehabilitation of the Mentally Ill. Leningrad, 1974, 51-55.

Ionescu, G., *Criteriile și coordonatele sănătății mintale.* Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, 1979, 24, 2, 81-90.

Krapf, E. R., *Zum Begriff der psychischen Normalität.* Arch. suisses Neurol. Psychiat., 1963, 91, 65-83.

Kubie, L. S., *The foundamental nature of the distinction between normality and neurosis.* Psychoanal. Quart., 1954, 23, 2, 167-209.

Lafon, R., *Psycho-pédagogie médico-sociale,* Press. Univ. France, Paris, 1950.

Leavell, H. R., Clark, F. G., *Preventive Medicine for the Doctor in His Community. An Epidemiologic Approach.* McGraw Hill, New York, 1965, 20-28.

McQueen, D. V., *Perspectives socio-culturelles dans la santé et la maladie.* Das Medizinische Prisma, 1978, 4, 1-22.

Menninger, K. A., *The human mind.* Alfred A. Knopf, New York, 1945.

Nestor, I. M., *Un institut de biotipologie și eugenie școlară.* Analele de Psihologie, vol.VII, 1940, 173-177.

Offer, D., Sabshin, M., *Normality.* în: Comprehensive Textbook of Psychiatry. (A. M. Freedmann et al eds.), The Williams-Wilkins. Baltimore, 1975, 459-464.

O.M.S., *L'O.M.S. et la santé mentale.* O.M.S. edit., Genève, 1962.

Polatin, P., *What is Psychiatry,* în: The Why Report (L. Freeman and N. Theodores, eds.), Arthur Bernhard, New York, 1964.

Preda, G., Stoenescu, Th., Mateș, E., *Contribuții la problema igienei și profilaxiei mintale.* "Bul. Soc. Psihol. Med", Sibiu, vol. V, 1938, 27-33.

Rădulescu-Motru, C., *Psihologia în serviciul medicinii,* " Jurnal de psihotehnică", București, vol. II, 1937, nr. 2, 57-62.

Romano, J., *Basic orientation and education of the medical student,* J. A. M. A. , 1950, 409,143.

Roșca, Al., *Igiena mintală școlară,* Edit. Inst. de Psihol. al Univ. din Cluj, 1939, IV, 1973.

Roșca, Al., *Igiena mintală profesională*, "Rev. de psihologie", Cluj, vol. II, nr. 3, 1939, 2, 3, 283-290.
Roșca, A., Cupcea, S., *Rolul orientării profesionale în centrul de igienă mintală*, Bul. Soc. Psihol. Med., Sibiu, 6, 1939, 45-46.
Scoppa, A., *Normalità ed anormalità psichica*, în Trattato di Psichiatria clinica moderna (Ed. A. Scoppa). Societa Editrice Universo, Roma, 1972.
Ștefănescu-Goangă, Fl., *Clinica psihologică*, " Buletinul Societății de Psihologie Medicală", Sibiu, 6, 1939, 4-7.
Stoetzel, J., *La psychologie sociale*. Flammarion, Paris, 1963.
Stoichița, I., *Importanța organizării igienei și profilaxiei mintale*, "Bul. Soc. Psihol. Med.", Sibiu, 1937.
Sutter, J. M., *Santé mentale*, în Manuel alphabétique de psychiatrie. (red. A. Porot), Press. Univ. France, Paris, 1965.
Todoranu, D., *Principii de igienă mintală* în Îndrumări universitare, Ed. Oficiului Universitar, Cluj, 1936.
Zusman, J., *Primary Prevention* în Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman, H. I., Kaplan, B. J. Sadock, eds.), The Williams-Wilkins, Baltimore, 1975.

Capitolul IV

TIMP ȘI BOALĂ. PROBLEMATICA TIMPULUI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOMEDICALĂ

Relația dintre timp și boală, iar pe un plan mai general dintre timp și suferință este intimă și inerentă față de alte relații și implicații ale insului în existență. Aceasta nu numai pentru faptul că boala preferă răgazul contemplării duratelor, ci și pentru că ea aduce interogații asupra caracterului finit al existenței insului. În plus, **boala, suferința, ca și corolarul lor, depresia, redimensionează timpul, supraevaluând duratele.**

La aceasta contribuie în mare măsură faptul că, spre deosebire de starea de sănătate în care insul este în activitate, mai mult sau mai puțin angajat, în boală el este de cele mai multe ori inactiv și în mare măsură detașat. Dar **pentru cel care se află angajat și implicat în acțiuni și evenimente, timpul este mai ales parcurs, traversat, în timp ce pentru bolnav care este distanțat și formal nonimplicat, timpul este mai ales trăit și contemplat.** Considerăm că acesta este un motiv important menit să stimuleze interesul studierii timpului și trăirii lui pe durata bolilor.

1. Unitatea dialectică a timpului și spațiului: argumente din psihopatologie

Aceste două categorii filozofice au polarizat preocupările gânditorilor încă din antichitate; dacă însă studiul spațiului, abordat în special de matematicieni și fizicieni, a edificat o fermă și distinctă știință, **geometria**, studiul timpului, întreprins în special de filozofi, nu a putut realiza, cum s-ar fi sperat, o știință propriu-zisă care prin sinonimie ar putea fi denumită **cronometrie**.

Oponente și formal divergente din perspectiva contemplării imediate, cele două categorii filozofice se constituie într-o unitate dialectică exprimată printr-un **continuum spațio-temporal**. Studiile de biologie vin să sprijine această idee că timpul este reintegrat nu numai ființei ci și biologiei noastre, ca și realităților naturii de unde a fost "extras" de **Im. Kant** care considera că timpul este nu numai anterior experienței ci și dependent de aceasta. Pe lângă concepția sa deterministă, **Kant** prezintă timpul într-o interpretare "substanțialistă" considerându-l drept "cadru" și "mediu" al existenței, în care se desfășoară fenomenele realității.

Unele date din psihopatologie ar putea fi folosite de filozofie spre a ilustra **unitatea spațio-temporală**. Astfel, în toate formele de tulburare a conștienței, **dezorientarea în timp și spațiu** este concomitentă, fiind temporo-spațială, deși se poate prezenta ca inegală și în grade diferite de gravitate. În plus, implicarea insului în timp și spațiu își găsește în aceste situații o expresie elocventă fiind ilustrată prin **dezorientarea allo-** și **autopsihică**, respectiv dezorientarea în timp, în spațiu și la propria-i persoană (cu privire la propria sa identitate).

Tulburările referitoare la spațiu nu vizează numai orientarea în spațiu, ci și perceperea, ca și "trăirea" spațiului. Astfel, în anumite stări psihopatologice, determinate de boli sau de ingestia unor substanțe, obiectele ca și raporturile dintre acestea pot fi percepute în mod deformat, fenomen ce poartă numele generic de **metamorfopsie** (gr. **meta**, după; **morphe**, formă; **opsis**, vedere). Astfel, persoana poate percepe obiectele ca fiind mai mari decât în realitate fenomen cunoscut sub denumirea de **macropsie** (gr. **makros**, mare) sau dimpotrivă, mai mici decât dimensiunile lor reale, purtând denumirea de **micropsie** (gr. **mikros**, mic); de asemenea, ele pot apare ca alungite, lărgite, răsucite, asimetrizate, aspect denumit **dismegalopsie** (lat. **dis**, tulburare, **megas**, mare), mai pregnant colorate, sau mai puternic luminate, înfrumusețate (**calopsie**). Alteori, apar modificate raporturile dintre obiecte care sunt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate (**poropsie**) astfel, strada poate să apară alungită, casele înclinate sau mult mai înalte etc.

Uneori, spațiul este trăit cu o anumită anxietate, însă, de cele mai multe ori, în comparație cu timpul, el conferă liniște, certitudine și stabilitate. În anumite stări psihopatologice există însă o teamă relativ bine focalizată referitoare la anumite aspecte ale spațiului ilustrată prin **agorafobie** (gr. **agora**, piață, **phobos**, frică) sau teama de spații deschise ori dimpotrivă, prin **claustrofobie** (lat. **claustrum**, închis) sau teama de spații închise. Unitatea spațio-temporală este ilustrată în aceste situații prin faptul că distorsiunile privind perceperea spațiului sunt însoțite de modificări în trăirea timpului sub forma supraevaluării duratelor prin intervenția afectelor. În acest sens este cunoscut faptul că stările afective negative (depresia, anxietatea, fobia) supradimensionează subiectiv duratele, în timp ce stările afective pozitive le diminuează și le subestimează.

În afara acestor stări afective relativ conturate referitoare la spațiu, acesta poate fi perceput și trăit ca având un anumit colorit afectiv; independent de aspectele sale fizice el poate să apară ca familiar sau nonfamiliar, agreabil sau ostil, fiind spațiul "cu atmosferă" sau cu "coloratură emoțională" (**Gestimmter Raum**).

Unitatea dual spațio-temporală este trăită și apreciată diferit la diferite vârste; în copilărie spațiile percepute par imense, iar duratele nesfârșite, ceea ce determină la copil nevoia de scurtare exprimată psihologic prin tendința de schimbare și tradusă în plan clinic prin instabilitate și nerăbdare. Pe măsura avansării în vârstă, spațiile ca și duratele se restrâng subiectiv, sunt subevaluate, iar în stări de involuție avansată sunt excesiv de limitate, minimalizate.

2. Unitatea dialectică biocronometrică

Studiile actuale de cronometrie prezintă **timpul** ca fiind **încorporat nu numai psihicului nostru, ci și biologiei noastre,** la nivelul căreia el este evidențiat prin procesele fiziologice desfășurate pe anumite durate, la anumite intervale, într-un anumit ritm. Acest "timp biologic" sau "timp neurofiziologic" poate fi apreciat ca o expresie a **prezenței și manifestării structurii temporale la toate nivelurile biologice de organizare.** În felul acesta interpretarea filosofică a timpului este amplu argumentată prin cercetările moderne de cronometrie întreprinse pe un front larg ce cuprinde domeniile biologiei, psihologiei și sociologiei. Aceste cercetări au conturat noțiunile de "timp biologic", "timp psihologic" și "timp uman" care ar cuprinde accepțiunea biologică, psihologică și sociologică a timpului.

În domeniul **timpului biologic**, denumit și **timp neurofiziologic**, studiile actuale vizează cel puțin două aspecte, schițându-i-se astfel două accepțiuni care cuprind domenii diferite ale existenței, și anume:

- **ritmicitatea** desfășurării anumitor funcții și procese biologice, interpretată ca o "capacitate specifică, biologică, de a măsura timpul" (**Al. Lungu**, 1972, p. 97);

- **durata** sau vârsta biologică a diverselor organisme, care este diferită de vârsta cronologică. Asfel, uneori procesele involuției organice și psihice se instalează mai devreme decât în mod obișnuit, după cum alteori apar mai târziu și se manifestă discret. Vârsta biologică ar reflecta deci gradul de neconcordanță a posibilităților fizice și psihice ale unui anumit ins în comparație cu unul considerat ca etalon pentru vârsta dată. **Vârsta biologică arată deci ceea ce suntem în comparație cu ceea ce ar fi trebuit să fim la vârsta respectivă (cronologică).**

Timpul biologic reprezintă o încorporare (organică) a timpului fizic, bioritmurile marcând nu numai prezența ci și duratele manifestărilor sale. Dacă acestă **cronometrie biologică** poate fi observată până la organismele inferioare, subliniem faptul că exactitatea și **complexitatea manifestărilor biocronometrelor sporește pe măsura evoluției filogenetice.** Organizarea ritmică a diverselor funcții și procese creează ființelor vii și în special omului ceea ce putem denumi **contextul temporal-organic**. Acesta este **prezent la diverse niveluri de organizare a materiei vii,** manifestându-se nu numai în plan somatic ci și neuropsihologic, **prelucrând informațiile temporale și organizând pe baza lor conduite de așteptare și răspunsuri ordonate nu numai în funcție de timp ci și de oportunitate** (**G. Ionescu**, 1982, p. 56).

Ritmurile biologice cunosc cele mai variabile durate și manifestări în funcție de specie, dar și de individ. Astfel, ele pot cuprinde **secunde** (sistola-diastola, inspirația-expirația), **ore** (ciclurile metabolice) **zi și noapte** (ritmurile veghe-somn), **săptămâni** (ciclul de maturație al ovulului) sau **decenii** (maturizarea sexuală și climaxul) etc.

Se constată astfel că ritmicitatea prezintă atât de ample și multiple implicații asupra biopsihologiei umane încât se poate considera că "tot ce se întâmplă în viața noastră

vegetativă ori sufletească se desfășoară după legea ritmului" (**M. Ralea**, 1958, p. 44). Majoritatea bioritmurilor se desfășoară însă pe intervalul celor 24 de ore care alcătuiesc ciclul zi-noapte, realizând așa-numitele **ritmuri circadiene** (lat. **circa**, aproximativ, **dies**, zi) datorită faptului că "omul este un organism strâns conectat la sistemul cronologic planetar bazat pe unitatea de 24 de ore" (**Al. Lungu**, 1972, p. 101).

Ca dovadă a fixării acestor ritmuri în biologia insului este faptul că ele rezistă, se mențin și în situațiile de înlăturare experimentală a variațiior de luminozitate și temperatură, adică în condiții de **izolare cronologică** sau de înlăturare a sincronizatorilor. Organizându-și bioritmurile în funcție de ritmurile naturii, **organismele și-au creat treptat**, în funcție de gradul evoluției lor filogenetice, **propriile mecanisme cronometrice**, care, în virtutea adaptării, pot funcționa relativ independent de reperele cronologice externe.

Într-o analiză psihologică a biocronometriei se poate argumenta că **ritmurile biologice, neurofiziologice și psihofiziologice** au asimilat treptat și **s-au modelat după ritmurile și ciclurile naturii**: succesiunea zi-noapte, mareele, anotimpurile etc. În felul acesta, materia vie, de la cele mai simple forme de organizare până la nivelul conștiinței, a căpătat posibilitatea estimării în mod propriu, specific și cu tot mai înaltă precizie, a duratelor parcurse.

3. Dezvoltarea noțiunii de timp și conștiința timpului

Odată cu nașterea sa, ființa vie execută mișcări haotice, dezordonate care deși au o durată, se desfășoară evident, în spațiu. Ulterior, prin aceste mișcări se realizează deplasarea, se parcurg distanțe, schițându-se astfel germenii cuceririi spațiului. Determinată de imperative biologice, acestă deplasare, inițial intempestivă și neorganizată, devine treptat coordonată, "conduita spațială" (**E. Minkowski**, 1966, p. 158), precedând astfel conduita temporală. Ulterior, această deplasare se face într-un anumit ritm, cu o anumită rigoare, în timp ce dezvoltarea aparatului auditiv favorizează apariția fenomenului de așteptare.

3.1. Geneza conștiinței timpului.

Secundară apariției conștiinței spațiului, se realizează în mod treptat, cu dificultăți și erori, într-un ritm relativ lent. Într-o apreciere istorico-longitudinală a fenomenului, constatăm că **nou-născutul** este repede angajat într-un sistem de educație privind duratele și de însușire a timpului. Se apreciază că, în apariția noțiunii și ideii de timp, primul element îl constituie durata considerată ca "prima conduită temporală". Ea este delimitată de două momente: de început și de terminare, care în acest context apar ca esențiale. În funcție de nevoile sale, predominant instinctivo-afective, nou-născutul demarează acțiuni

pe care le poate continua sau, în funcție de situație, le va suprima. Orice act de demarare, aduce însă, în mod univoc, o schimbare; aceasta, la rândul ei, dezvoltă **fenomenul de stabilitate** care conferă conținut altor durate. Succesiunea somn-veghe, apariția senzației de foame, hrănirea, exonerația etc. decurg într-o anumită succesiune care determină armonizări ale funcțiilor biologice și realizarea unui **bioritm**; sub aspect funcțional se dezvoltă treptat ideea de ordine și de măsură.

După primul an de viață, în **antepreșcolaritate**, apariția limbajului conferă mijloace noi, superioare de apreciere a timpului prin conceptualizarea diferitelor noțiuni asupra duratei. Cuvinte ca "da" sau "nu" semnifică aprobarea, acordul îndeplinirii unei dorințe și respectiv respingerea sau amânarea acesteia, aspecte care pot fi considerate ca tentative operaționale asupra viitorului, reprezentat la această vârstă mai ales prin noțiunea de **mâine**. În felul acesta se realizează detașarea de concret, de prezentul obiectiv-perceptibil și adoptarea unor noțiuni cu un mare grad de subiectivitate și de posibilitate.

Apariția interdicțiilor, a reținerilor, a abținerii de la îndeplinirea imediată a unor acte sau de la satisfacerea unor dorințe contribuie la formarea "conduitei amânării", care "este o condiție primordială a oricărei activități psihice umane" (**M. Ralea**, 1957, p. 162). Considerăm că formarea acestei "conduite" constituie cel mai bun exercițiu de "percepere" și apreciere a duratei.

În afară de amânare, un factor care consolidează conștiința timpului este acela de **așteptare**. Impusă inițial de factori ai ambianței și acreditată îndeplinirii neîntârziate a dorințelor, așteptarea devine treptat un mijloc de ierarhizare a posibilităților, de apreciere a oportunităților, de evaluare a expectațiilor. **Așteptarea consolidează** nu numai conștiința timpului ci și instanțele acestuia și **în primul rând dimensiunea viitorului.**

Totodată subliniem faptul că sub unghi ontogenetic, viitorul - ca noțiune și domeniu operațional - apare mai devreme decât noțiunea de trecut. Copilul se dezvoltă și poate fi caracterizat printr-o **atitudine prospectiv-investigativă**, spre deosebire de bătrân care este marcat de **atitudinea retrospectiv-contemplativă.**

Spre sfârșitul perioadei antepreșcolare, dar mai ales în **perioada preșcolară**, poveștile și relatările trasează distanțe în timpul parcurs și dimensionează aspecte ale trecutului; narațiunea orientează cu predilecție copilul asupra dimensiunii retrospective. În timpul preșcolarității se poate afirma că au fost conștientizate cele trei dimensiuni temporale, copilul având imaginea limpede a lui **ieri, astăzi** și **mâine;** el își formează noțiunea succesiunii acestor instanțe, dar mai ales raportarea lor adecvată, cu convingerea și luciditatea faptului că **astăzi este mâinele de ieri**. Experiența ludică, dar mai ales inițierea instructiv-educativă contribuie la realizarea raporturilor temporale între duratele diverselor acțiuni.

Școlaritatea, prin instanțele și duratele egale, dimensionate cronometric, ale orelor de studiu și pauzelor, dezvoltă controlul și posibilitatea estimării fizice a timpului. Cu toate acestea, numeroși cercetători consideră că în perioada școlarității, deși sunt obișnuite mijloacele operaționale asupra timpului, acesta nu este încă perceput ca o abstracție; raportarea realistă a acțiunilor la durată, controlul timpului, acțiunea deplin conștientă

în timp, ca și stăpânirea lui se realizează relativ târziu, în adolescență.

3.2. Abținerea, amânarea și așteptarea - elemente operaționale ale pedagogiei timpului.

Toate aceste elemente se înscriu în ceea ce putem denumi **pedagogia timpului**, în care **învățarea duratelor trebuie împletită cu educarea lor**. Ea începe odată cu primele condiționări și **se consolidează prin abțineri, renunțări, amânări și mai ales așteptări.** În această privință educația instanțelor și elementelor temporale se întâlnește cu aceea a componentelor voliționale. Prin acest efort de educare, perioadele de amânare și așteptare nu vor fi trăite cu deznădejde sau inactivă resemnare, ci printr-o constructivă anticipare a perioadelor viitoare. Prin această **pedagogie a duratelor** se va crea convingerea că Eul, deși purtător al principiului realității, nu trebuie să decadă în postura de exponent al dorinței, ci să fie orientat asupra perspectivei prin ale cărei realizări va putea depăși durata limitată a ființei.

3.3. Perceperea și trăirea timpului în funcție de vârstă.

Entitate obiectivă și independentă de existența noastră, timpul este perceput în mod diferit de la un ins la altul, dar mai ales de la o persoană la alta.

Preocupările moderne asupra acestei probleme au fost anticipate de **L. Feuerbach** care, în **Aforisme juridico-filozofice**, menționa diferențele în perceperea timpului la tinerețe față de maturitate. Filozoful german considera că programul riguros de activitate în care este inserat tânărul îi determină impresia perceperii mai lente a timpului; de asemenea, așteptările sale multiple (a repausului, sărbătorilor, vacanțelor și îndeplinirii dorințelor) imprimă caracterul lent al perceperii duratei. Dimpotrivă, la maturitate, conștiința neîmplinirilor, dorința realizării pe multiple planuri, necesitatea îndeplinirii variatelor acțiuni întreprinse conferă caracterul accelerat al perceperii duratelor.

Putem afirma astfel că perceperea timpului se desfășoară în mod invers proporțional cu vârsta persoanei: la o **vârstă mai mică predomină impresia derulării mai lente a timpului, după cum, cu cât se avansează în vârstă, cu atât perioadele temporale, etapele timpului fizic par mai scurte, trăite psihologic mai rapid.** În acest sens, **pentru tânăr dimensiunile temporale par hipertrofiate,** în timp ce **pentru** omul **vârstnic** acestea **par comprimate**, fiecare oră, sau lună, desfășurându-se mai rapid decât precedentele.

Unii autori explică diferențele în perceperea subiectivă a timpului prin faptul că acesta este raportat de subiect la propria-i vârstă; în consecință, **cu cât vârsta este mai mică, cu atât o anumită durată** - moneda de schimb a timpului fizic - **pare mai mare;** invers, **cu cât vârsta este mai mare, cu atât aceeași durată este apreciată ca mai redusă.** Se poate considera astfel că pentru un tânăr de 15 ani o anumită durată de timp este apreciată ca fiind de trei ori mai mare decât o persoană de 45 de ani; în același sens, o oră pentru un copil de cinci ani, va fi percepută ca având o durată de trei ori mai mare

pentru tânărul de 15 ani.

Perceperea diferită a timpului la diferite instanțe cronologice ale persoanei nu poate fi atribuită numai vârstei, ci și altor factori, ca de exemplu dispoziția și starea afectivă în ansamblu. În acest sens, una din primele cercetări experimentale referitoare la timp, întreprinsă de **M. Gschwind** prin chestionare aplicate vârstnicilor, a ilustrat că experiența subiectivă a timpului la aceștia era influențată în mare măsură de starea afectivă și situația persoanei din momentul respectiv. Astfel, dacă starea afectivă era pozitivă și ambianța apreciată ca favorabilă, perceperea duratei era mai rapidă; invers, în situații afectiv-negative, de tristețe și aprecieri nefavorabile ale realității, perceperea duratei era mai lentă.

De asemenea, prin studii clinice am constatat că **timpul bătrânului este mai evident și mai net apreciat**, trăit **în durate** și perioade cronometrice **mai bine delimitate.** Spre deosebire de vârstnic, tânărul percepe timpul într-o mai amplă continuitate, fără marcajul rigid al duratelor fizice; el este mai degajat de convertirea timpului în momente și durate determinate cronometric, situație care se manifestă cu atâta evidență la omul vârstnic.

În explicarea perceperii diferite a duratelor la vârste diferite, invocăm următoarele ipoteze:

- într-o mai mare măsură decât vârstnicul, **tânărul este mai inserat în viitor** prin scopurile, planurile și idealurile sale, orientarea prospectivă redimensionându-i sentimentul așteptării; dimpotrivă, **vârstnicul, orientat retrospectiv**, retrăiește și redimensionează trecutul, comprimând în felul acesta prezentul, pe care-l percepe desfășurându-se mai rapid;

- **tânărul**, mai frapat de realitate, mai receptiv la noutate, **trăiește mai intens prezentul** în care este mai amplu și mai autentic angajat, **fapt ce conferă perceperea mai lentă a duratei** care pentru el este încărcată de semnificații și populată de evenimente; **vârstnicul**, refugiat în trecut - care-i oferă satisfacții și pe care frecvent îl retrăiește în plan imaginativ - **este mai detașat de prezent**, care pentru el este mai palid în semnificații și mai sărac în evenimente, **fapt ce-i conferă impresia de reducere a duratelor** și de accelerare a desfășurării lor. Cu alte cuvinte, **angajarea în realitate și sentimentul de prezență determină impresia creșterii duratei;** dimpotrivă **slăbirea angajării în realitate, refugierea în trecut, determină impresia scurtării duratei și accelerarea scurgerii ei;**

- orientarea prospectivă a tânărului, investițiile sale afective (prin elanurile, aspirațiile și ambițiile sale) oferă impresia unui viitor nedeterminat, el angajându-se, în majoritatea întreprinderilor sale, ca și cum ar avea de trăit o perioadă de timp nelimitată, indefinită; orientarea retrospectivă a vârstnicului (ca reflex al conștientizării declinului său fizic și spiritual) reprezintă o negare a viitorului (din care și-a retras investițiile afective) datorită caracterului său limitat, finit. În consecință, **perspectiva existenței îndelungate oferă impresia de creștere a duratei date**; dimpotrivă, **conștiința apropierii finalului**, punctului terminus al existenței, **oferă impresia scurtării duratelor**

și accelerării scurgerii timpului;

- perceperea mai rapidă a timpului de către vârstnici este determinată și de **accelerările** (reale) ale **ritmurilor vieții sociale**, la care ei - formați în cadrul lentelor transformări ale trecutului - nu sunt suficient de bine adaptați;

- deși greu de verificat experimental, se poate invoca o bază biologică privind diferențele asupra timpului în copilărie și la vârstele avansate. Astfel, cunoscând faptul că procesele metabolice și oxidative sunt mai accelerate în primele decade de viață și mai lente în ultima parte a acesteia, presupunem că încetinirea desfășurării arderilor duce la impresia accelerării ritmurilor și duratelor la bătrâni.

Toate aceste supoziții se impun ca probleme psihologice ale vârstnicilor sau, cu un alt termen, ale persoanelor de vârsta a treia. Desigur, nu se pune problema modificării perceperii subiective a timpului la aceste persoane, dar este necesară o reacomodare a ritmurilor vieții în conformitate cu obișnuințele lor biologice structurate de-a lungul existenței. Totodată trebuie subliniat că dacă percepția timpului de către om este legată în mare măsură de bioritmurile sale, reacțiile persoanei față de trăirea timpului sunt determinate în mod evident de condițiile socioculturale; în virtutea acestui fapt, în cadrul diferitelor forme de învățare și cunoaștere, trebuie introdusă și **învățată cunoașterea duratei, a raportării și relaționării adecvate și oportune în timp**, chezășie a unei existențe autentic inserate în realitate.

4. Biocronometrie și heterocronie

În afara unei **biocronometrii allospecifice**, există o **biocronometrie idiospecifică** ilustrată prin ritmuri și cadențe particulare de desfășurare a proceselor psihofiziologice. Cu toate că decurg în virtutea unor principii generale, acestea diferă ca durată și desfășurare la nivelul aceluiași ins în funcție de vârstă. Astfel, desfășurarea proceselor metabolice, oxigenarea țesuturilor, cicatrizarea rănilor etc., se realizează într-un ritm mai rapid la organismele tinere în comparație cu cele vârstnice. În virtutea acestui fapt s-au putut stabili corelații destul de precise între vârstă și viteza cicatrizării. Prin calcularea așa-numitului **index al cicatrizării** (care este în funcție de întinderea plăgii și vârsta organismului) se poate estima cu relativă precizie, viteza vindecării rănilor cutanate, refacerea post-operatorie a țesuturilor etc. Se consideră astfel că potențialul regenerativ este dublu la o persoană de 20 de ani față de una în vârstă de 40 de ani, după cum vindecarea unei răni s-ar realiza într-un interval de 5-6 ori mai scurt la un copil de 10 ani față de o persoană de 60 de ani.

Aceste constatări pot fi corelate cu un fapt de observație empirică ce vizează **heterocronia**, respectiv viteza diferită observată în procesul maturizării și îmbătrânirii oamenilor de vârstă egală; faptul că oameni de aceeași vârstă par mai tineri sau mai bătrâni ilustrează o diferență, variabilă de la un ins la altul, între **vârsta cronologică** și așa-numita **vârstă biologică**. Cu alte cuvinte, în aceeași unitate de timp, unii oameni se

maturizează și înregistează semne de involuție mai accentuată decât alții, chiar dacă ei aparțin aceluiași grup rasial, sociocultural sau economic. Uneori, diferența între vârsta cronologică și vârsta biologică este extremă, îmbrăcând aspecte patologice, ca de exemplu în **progerie**, afecțiune rară care constă într-o involuție biopsihologică rapidă, astfel încât, la vârsta de aproximativ 10 ani persoana în cauză prezintă aspectul fizic și intelectual al unui bătrân de 70-80 de ani.

În mod obișnuit însă, diferența între vârsta cronologică și vârsta biologică poate fi de ani sau chiar de decenii. Astfel, sub unghiul înfățișării fizice, oamenii se află la distanțe variabile înaintea sau în urma unui etalon fizic admis în mod convențional pentru vârsta dată; cu alte cuvinte, sub aspect biologic, ne aflăm pe un versant sau altul al cupolei gaussiene față de modelul standard al vârstei cronologice. Aceste diferențe sunt mai evidente la vârstele avansate, când se vorbește de **îmbătrânire timpurie** sau, dimpotrivă, de **îmbătrânire tardivă**. Gradul de dispersie biologică (diferențele într-o parte sau alta în aspectul biologic) față de vârsta cronologică este în funcție de variabile multiple, printre care: ereditatea, invaliditatea fizică, bolile somatice, situațiile psihostressante etc.

În afara diferențelor fizice între **vârsta cronologică** și **vârsta biologică** se pot constata nonconcordanțe - în grade variabile - între vârsta cronologică și vârsta psihologică, în sensul că unele persoane înregistrează o maturizare psihică precoce (în raport cu vârsta cronologică), în timp ce altele prezintă o maturizare psihică tardivă sau pot rămâne cu o insuficientă dezvoltare psihică. Ne-am obișnuit să remarcăm acest decalaj în copilărie, dar el poate fi constatat și pe versantul descendent al existenței, în sensul că involuția funcțiilor și proceselor psihice se poate instala mai devreme sau, dimpotrivă, mai târziu față de un etalon caracteristic vârstei cronologice date.

De asemenea, se pot înregistra diferențe variabile între **vârsta biologică** și **vârsta psihologică**, în sensul că maturizarea, dar mai ales involuția biologică se poate instala mai devreme sau mai târziu în comparație cu vârsta psihologică; totuși, în această privință decalajul între vârsta biologică și vârsta psihologică are implicații evidente asupra ritmului involuției psihologice.

4.1. Heterocronia dezvoltării cognitive.

Studii relativ recente de psihologie genetică efectuate asupra deficienților mintal au ilustrat o **heterocronie a dezvoltării** în cadrul **proceselor cognitive**, respectiv o "dezvoltare cu viteze diferite în diferite sectoare ale creșterii psihologice (**R. Zazzo**, 1965, p. 642). Cea mai evidentă heterocronie în deficiența mintală se constată însă între dezvoltarea somatică generală și dezvoltarea cerebrală. Conform opiniei lui **R. Zazzo**, acest fapt are repercursiuni asupra diverselor funcții mintale, după cum ele sunt în corelație, mai mult sau mai puțin strânsă, cu dezvoltarea corporală sau cu dezvoltarea cerebrală.

Un alt exemplu de **heterocronie**, considerat specific deficienților mintale constă în decalajul care se înregistează între **vârsta cronologică** și **vârsta psihologică**. Aceasta

condiționează întârzierea evoluției psihice a deficientului și poate fi evidențiată prin probe psihometrice; astfel, prin **probe de organizare spațio-temporală** se constată o întârziere psihică manifestă, în timp ce prin **probe psihomotorii** se înregistrează o întârziere mult mai ușoară. Această heterocronie nu trebuie înțeleasă "ca o simplă colecție de viteze diferite", ci ca un sistem de structuri funcționale ce poate explica mai adecvat polimorfismul fenomenologiei clinice a deficiențelor mintale.

Heterocronia dezvoltării psihice din cadrul deficiențelor mintale este analizată și sub unghiul psihologiei analitice, ai cărei reprezentanți consideră că perturbarea coerenței și coordonării între diversele sectoare (de activitate, instrumentale și ale rețelelor senzoriale) antrenează nu numai întârzieri sau frânări, ci și remanieri care sunt concomitente cu evoluția aspectelor deficiente. În acest cadru, "alături de nonstructurare au loc destructurări și restructurări care vor determina o organizare originală și vor defini modul de existență al lumii subiectului" (**J. L. Lang**, 1973, p. 36). Desigur în accepțiunea psihologiei analitice, factorii determinanți ai acestor remanieri se înscriu în dinamica instinctivo-afectivă. Acesta este însă un punct de vedere izolat, întrucât în determinarea heterocroniei și structurarea unui anumit stil de dezvoltare în deficiențele mintale participă atât factori evolutivi, dar și dezorganizanți sau destructivi, impuși de elemente genetice, metabolice, toxice sau traumatice, care se instituie în condiții etiologice.

4.2. Heterocronie în involuția psihică.

Cu toate că observațiile privind heterocronia sunt limitate la studiul deficienței mintale, considerăm că această heterocronie poate fi constatată atât în privința dezvoltării fizice generale, cât și sub aspectul dezvoltării psihice normale. Dacă aceasta rămâne o sarcină a psihologiei generale și diferențiale, observații asupra evoluției psihobiologice din stările involuționale ilustrează o evidentă heterocronie atât în planul deteriorării și regresiei psihice, cât și în acela al involuției organice. Astfel, analiza structurală a stărilor de involuție senilă ilustrează dezintegrări în ritmuri și grade diferite ale diferitelor funcții psihice.

Nu există un paralelism și cu atât mai puțin o sincronie în privința dezintegrării motorii, operatorii, mnezice, lingvistice, gnozice sau praxice. Astfel, dezintegrarea motorie se realizează într-un ritm mai accelerat decât dezintegrarea operatorie, după cum, dezintegrarea praxică are loc mai rapid decât dezintegrarea gnozică. Desigur, aceste aprecieri sunt valabile în cadrul general al involuției senile și nu în cazuri particulare care sunt determinate de atingeri cerebrale sau procese distrofice.

4.3. Heterocronie în involuția organică.

În ceea ce privește involuția organică putem constata de asemenea o heterocronie a deteriorării biologice și funcționale a diferitelor țesuturi, organe și aparate. Dacă în linii generale involuția apare din momentul în care aparatul, organul sau țesutul au atins un nivel maxim de dezvoltare, unele observații se abat de la această regulă. Cea mai evidentă

excepție în această privință o constituie cristalinul, care, încă de la vârsta de 10 ani înregistrează transformări fizico-chimice care au consecințe funcționale. Astfel, scăderea conținutului în apă și creșterea procentului de substanțe azotate determină treptat o reducere a elasticității și o slăbire a puterii de acomodare a cristalinului. De asemenea, involuția organelor parenchimatoase (ficat, rinichi, pancreas) poate fi constatată după vârsta de 30 ani pentru ca după 70 de ani aceste organe să ajungă la 2/3 din greutatea lor maximă. Deși mai târziu inițiat, un proces de atrofie mai avansat se întâlnește la musculatura scheletică striată, care la persoane obișnuite poate ajunge la jumătate din greutatea sa maximă. Dimpotrivă, o atrofie mai discretă, și fără îndoială întârziată, cunoaște miocardul și creierul, al cărui deficit nu poate depăși 15-16% nici după vârsta de 80 de ani.

Vorbind de **heterocronia involuțională**, care este ilustrată prin gradul diferit de atrofie al organelor, nu omitem **degenerarea heterocronică microscopică**, maximă la nivelul coronarelor, retinei, corneei, neuronilor etc. care poate fi remarcată începând de la vârsta de 10-20 de ani, față de țesutul cartilaginos, osos sau muscular, unde apare mult mai târziu.

4.4. Heterocronie și tanatologie.

Dacă involuția funcțională și organică se desfășoară în cadențe diferite la nivelul diferitelor organe, aparate sau sisteme, în timpul vieții, dispariția activității și existenței lor cunoaște aceeași heterocronie și după instalarea clinică a morții. Astfel, față de țesutul cerebral, care este cel mai sensibil la lipsa de oxigenare, țesutul muscular striat are o rezistență de 6 ori mai mare, iar țesutul muscular neted rezistă fără oxigen o perioadă de 18 ori mai mare.

Rezistența diferită a organelor în condiții de anoxie este condiționată atât de debitul sanguin în condiții de repaus, cât și de cantitatea de oxigen necesară funcționării lor. Astfel, țesutul cerebral, cel mai puțin rezistent în fața morții, deși reprezintă aproximativ 2% din greutatea corpului, consumă 22% din volumul de oxigen al întregului organism. Referindu-ne la cantitatea de sânge care transportă oxigenul la diversele țesuturi, menționăm că într-un minut, în condiții de repaus, creierul utilizează aproximativ 60 ml, ficatul 50 ml, miocardul 22 ml, rinichiul 18 ml. Aceste diferențe ne permit aserțiunea conform căreia **rezistența unui organ în fața morții este cu atât mai mare cu cât este mai mică nevoia de oxigenare.**

Un alt factor care condiționează rezistența diferită în fața morții, îl constituie complexitatea structurii țesutului și, în strânsă legătură cu aceasta, vechimea sa filogenetică. Astfel, neuronii cerebrali corticali, care prezintă cea mai complexă organizare histologică, rezistă la anoxie 5 minute, celulele țesuturilor musculare striate 30 minute, celulele țesuturilor musculare netede 90 minute, eritrocitul 48 ore, celulele hepatice 90 ore, ovulul și spermatozoizii 10-100 ore. În cadrul țesutului nervos se constată faptul că instanțele neuronale mai noi, ulterioare, sunt mai sensibile la lipsa de oxigen decât cele mai vechi, anterioare. Astfel, neuronii corticali au o rezistență la anoxie de 3 minute și

10 secunde, celulele din bulbul rahidian ca și cele din măduvă, de 30 minute, pentru ca cele din nervii periferici să reziste 90 minute. În virtutea acestui fapt putem sublinia că **instalarea morții țesuturilor urmează o ordine inversă complexității și vechimii lor filogenetice.**

Din datele de mai sus putem constata că celulele cerebrale și în special cele corticale sunt cele mai sensibile în fața morții în comparație cu celulele altor organe și mai ales cu celulele sexuale care sunt cele mai rezistente. Aceeași heterocronie este prezentă însă și dincolo de organismul uman și de biologie; astfel, putem constata că floarea durează mai puțin decât planta, dar sămânța, menită să-i asigure permanența, îi depășește existența.

5. Biocronometrie și hipnologie

5.1. Ritmuri și perioade ale activității hipnice.

Observațiile și reflexiile asupra somnului, a căror sorginte nu poate fi estimată în timp, au depășit aria preocupării medicilor, trezind, din cele mai vechi timpuri, interesul filozofilor. Astfel, în antichitate, somnul era apreciat ca o moarte superficială și desigur trecătoare, **Hypnos** (zeul somnului) fiind frate cu **Thanatos** (zeul morții), ambii fiind fiii lui **Nyx**, zeița nopții.

Înrudirea somnului cu moartea este redată atât în literatura antichității (unii eroi din Iliada și Odiseea întrerupându-și viața prin somn), cât și în scrierile filozofilor care considerau că între moarte și somn ar exista numai deosebiri de durată.

În afara acestor considerații izvorâte din legendă, în privința mecanismelor somnului, antichitatea greacă și romană a emis opinii care s-au menținut până în secolul nostru, unele din ele fiind astăzi reluate în contextul unor experimente și observații științifice. Astfel, concepția lui Heraclit conform căreia somnul este o consecință a obstruării "canalelor" senzoriale a fost reluată și menținută până astăzi prin "teoria pasivă" a somnului, în virtutea căreia starea hipnică s-ar instala în mod pasiv, consecutiv reducerii sau eliminării stimulilor senzoriali. De asemenea, teoria lui Alcmeon, care preconiza modificarea compoziției sângelui în timpul somnului, își găsește actualmente acreditarea științifică prin evidențierea rolului monoaminelor cerebrale și în special al serotoninei în inducerea stării de somn.

Din istoria preocupărilor asupra somnului mai pot fi reținute, pentru realismul și actualitatea lor, opiniile lui **Descartes**, după care starea hipnică este o funcție cerebrală vitală al cărei rol primordial este adaptativ și reparator. Remarcăm, de asemenea, faptul că instanțele neuronale sincronizate, susceptibile de a induce somnul, obiectivate astăzi electroencefalografic, au fost anticipate încă de la începutul secolului nostru de către **Dubois** care postula existența unui "centru al somnului" și, în opoziție cu acesta, a unui "centru al stării de veghe".

Totuși, până în ultimele două decenii, observațiile asupra somnului nu se bazau pe o metodologie științifică și nu erau efectuate prin mijloace obiective de cercetare, neputându-se stabili exact nici momentul real al instalării somnului și nici gradul sau profunzimea sa. Se poate afirma că studiul somnului a intrat într-o etapă într-adevăr științifică numai odată cu cercetarea electrogenezei cerebrale, cu înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului, domeniu în care școala românească de neurologie (ilustrată, în primul rând, de **L. Popoviciu** și col., 1972, 1978), s-a înscris prin cercetări și rezultate valoroase, continuând, prin mijloacele neurofiziologiei moderne, tradiția remarcabilă a cercetărilor întreprinse de **N. Vaschide** și **Gh. Marinescu**.

5.2. Faze, stadii și durate ale activității hipnice evidențiate prin studii bioelectrice.

Înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului a permis aprecieri obiective asupra momentului instalării acestuia, a profunzimii și a ritmului desfășurării sale. Pe baza acestor observații a apărut și s-a impus o nouă sistematizare a fazelor desfășurării somnului, care cuprinde faza de **somn lent** (somnul cu unde lente), cu o durată de aproximativ 90-100 minute, și faza de **somn rapid** (somnul cu unde rapide), cu o durată de aproximativ 30 minute.

Somnul lent cuprinde aproximativ 70% din durata hipnică totală și se caracterizează din punct de vedere neurofiziologic prin: micșorarea pupilelor (mioză) și închiderea pleoapelor, relaxare musculară cu persistența unui tonus moderat al musculaturii cefei, scăderea ritmului cardiac, a ritmului respirator și a tensiunii arteriale.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului lent este reprezentată de unde rapide (cu o frecvență de 10-15 cicli pe secundă) urmată de unde lente (1-3 c/s) și de mare voltaj.

La rândul ei, faza de somn lent, în funcție de profunzimea activității hipnice, este împărțită în cinci stadii, de la starea de somnolență (stadiul A) până la starea de somn foarte lent și profund (stadiul E).

Somnul rapid, intuit sub aspect clinic încă din antichitate, a fost confirmat electroencefalografic numai cu aproximativ 25 de ani în urmă. Denumit și somn **paradoxal** sau **faza paradoxală** a somnului, somnul rapid intervine, la intervale constante, pe fondul somnului lent. Întrucât somnul rapid este însoțit de mișcări oculare, el mai este denumit "somn rapid cu mișcări oculare" sau "faza de mișcări oculare a somnului". Survine în mod ritmic, sub forma unor faze de 25-30 minute în timpul somnului lent, ocupând aproximativ 25% din durata totală a activității hipnice.

Din punct de vedere neurofiziologic, somnul rapid este caracterizat prin: relaxare musculară generalizată (cu atonia musculaturii cefei), apariția unor tonii și clonii care cuprind grupe musculare ale trunchiului și membrelor, mioză sau midriază, salve de mișcări oculare rapide (cu o frecvență de 60-70 c/s) care traduc existența activității onirice, modificări viscero-vegetative evidențiate prin tahicardie, tahipnee, creșterea tensiunii

arteriale etc.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului rapid este reprezentată prin unde "rapide", cu o frecvență de 20-30 c/s și de amplitudine redusă. Apariția mișcărilor oculare este ilustrată prin concomitențe electroencefalografice reprezentate prin unde ample (200-300 microvolți) sub formă de "vârfuri monofazice" a căror frecvență este de 40-50 c/s.

Considerat în mod empiric drept **somn superficial**, somnul rapid are un prag de trezire mai ridicat decât acela al somnului lent, astfel că stimulări auditive, tactile sau motorii care trezesc persoana din fazele de somn lent nu izbutesc să determine trezirea dintr-o fază de somn rapid.

5.3. Raportul somn lent - somn rapid.

Somnul rapid se prezintă sub formă de faze care apar la anumite intervale pe fondul somnului lent, alcătuind ultimul său stadiu. Cei mai mulți cercetători consideră însă că faza de somn rapid nu constituie un element al somnului lent, ci un moment succesiv al acestuia. Astfel, o fază de somn lent (la rândul ei alcătuită din patru stadii) este asociată cu o fază de somn rapid, alcătuind un **ciclu de somn** sau o **unitate de somn**. Cele două faze ale unui ciclu de somn au durate diferite, fiind de aproximativ 100 minute pentru faza de somn lent și de aproximativ 15-30 minute pentru faza de somn rapid. În decursul unei nopți se succed 4-5 cicluri de somn care însumează aproximativ 6 ore de somn lent și 2 ore de somn rapid.

Trebuie menționat însă că somnul rapid nu-și menține o durată egală în cursul fiecărui ciclu, ci își extinde durata, de la un ciclu la altul, pe seama somnului lent. Astfel, dacă în cadrul primului ciclu de somn, raportul somn lent/somn rapid este de aproximativ 110/10 minute, în cel de al 4-lea ciclu de somn acest raport tinde spre o echilibrare fiind de aproximativ 80/40 minute.

Această organizare ritmică a activității hipnice se instituie într-un "pattern" al somnului, care prezintă variații individuale în funcție de factori personali și conjuncturali. El nu se manifestă în ritmuri și durate egale pe parcursul existenței, ci se organizează în cursul dezvoltării insului, fiind influențat și perturbat de numeroși factori și în primul rând de boală.

5.4. Obiectivarea și estimarea duratei manifestărilor onirice.

Starea de somn poate fi considerată ca o axă la polii căreia se deschid două domenii ale realității psihice: starea de veghe și starea onirică; dealtfel, încă din cele mai vechi timpuri, visul a fost considerat ca o a treia formă de existență.

Datele electrofiziologiei din ultimii 15-20 de ani privind cercetarea activității hipnice și a fenomenologiei onirice au dus la o revoluționare a concepțiilor asupra acestui domeniu, infirmând aserțiunile observațiilor empirice multă vreme invocate ca elemente științifice. Astfel, dacă în urmă cu aproximativ 60 de ani fondatorul psihanalizei considera că visul

nu trebuie să apară într-un somn normal întrucât "în timpul stării de somn nu ar trebui să se desfășoare nici un fel de activitate psihică" (**S. Freud**, 1923, p. 101) și dacă numai cu 15 ani în urmă cercetătorii se întrebau dacă toți oamenii visează sau adevăratul somn este fără vise ?, astăzi există certitudinea, obiectivată electroencefalografic, asupra faptului că visul este un fenomen general uman: toți oamenii visează în fiecare noapte, dar visul nu poate fi evocat întotdeauna. Mai mult, s-a confirmat experimental faptul că există o nevoie de vise, o "foame" de vise, cei împiedicați să viseze într-o anumită perioadă a somnului visând în mod "compensator" în perioada de somn care urmează. În acest context apare cu atât mai valoroasă și pe deplin actuală concepția psihologului român **N. Vaschide** elaborată la începutul secolului, conform căreia nu există somn fără vise, dar, deși toți oamenii visează, nu toți au posibilitatea de a reda visul, evocarea lui fiind interferată de numeroși factori.

Odată confirmat faptul că orice om sănătos sau bolnav visează, trebuie precizat că potențialul onirogen al fiecărui ins este diferit în funcție de gradul structurării psihismului. S-a constatat astfel că activitatea onirică apare numai după vârsta de doi ani, se dezvoltă și se amplifică progresiv, diminuând treptat în involuție, pentru a dispare în stările de senilitate; de asemenea, nu a putut fi confirmată existența unei activități onirice în deficiențele mintale severe.

5.4.1. Date privind durata și ritmicitatea fenomenologiei onirice. Cu aproximativ 20 de ani în urmă se considera că visele au o durată foarte scurtă, de secunde sau de câteva minute. Înregistrarea potențialelor electrice produse de mișcările globilor oculari și înregistrarea concomitentă a biocurenților cerebrali a permis **obiectivarea duratei viselor**, aceasta fiind superpozabilă perioadelor de mișcare a globilor oculari. S-a constatat astfel că durata visului cuprinde aproximativ 20% din somnul total, precizându-se totodată că primele cicluri (unități de somn) cuprind perioade mai reduse de vis, acesta fiind mai amplu exprimat în ultimele cicluri de somn, adică în ultima parte a nopții. Astfel, conform cercetărilor efectuate de **H. P. Roffworg** și col. (1964), **W. C. Dement** (1966) și alții, în ultima oră de somn au loc aproximativ 30% din totalul fenomenelor onirice ale nopții respective.

5.4.2. Asupra frecvenței mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric. Ipoteza asupra relației dintre mișcările globilor oculari și vis a fost emisă încă de la sfârșitul secolului trecut, dar confirmarea ei științifică a avut loc numai cu trei decenii în urmă, când **E. Aserinsky** și **N. Kleitman** (1953) au descris "somnul cu mișcări oculare". Prin înregistrarea și amplificarea potențialelor electrice ale globilor oculari în timpul somnului, s-a permis constatarea că visul apare în faza paradoxală a acestuia și mai ales în momentul mișcărilor oculare. Acest fapt a fost verificat prin trezirea subiecților în timpul apariției mișcărilor oculare, situație în care toți au putut prezenta conținutul visului; de asemenea, înregistrarea pe bandă de magnetofon a relatării visului, cuprinde o perioadă de timp egală cu aceea a mișcărilor oculare.

Pe lângă constatarea mișcării globilor oculari în timpul visului, un alt fapt evidențiat prin studiile bioelectrice a fost acela că mișcările oculare nu sunt numai concomitente

visului, ci urmează formele imaginilor onirice pe care subiectul le "urmărește" în vis, putându-se reprezenta grafic schița acestora. Există deci un raport direct proporțional între frecvența mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric, visele mai bogate în acțiuni antrenând un procent mai mare de mișcări oculare.

5.4.3. Fenomenologie onirică și productivitatea psihotică. Imageria visului, caracterul său caleidoscopic, incomprehensibil, cu ignorarea reperelor spațio-temporale ca și a condițiilor socio-culturale, au apropiat de multă vreme visul de fenomenele clinice majore, de intensitate psihotică. Astfel, într-o exprimare, desigur metaforică, **Schopenhauer** lansa aserțiunea după care **visul ar fi o psihoză scurtă** în timp ce **psihoza ar fi un vis îndelungat.**

Cu toate realizările obținute în neurofiziologia somnului și viselor, o observație relativ recentă este susceptibilă să deschidă perspective nebănuite în psihopatologia clinică și în psihoterapie; este vorba de faptul că bolnavi cu afecțiuni psihice majore, îndeobște psihotici, în al căror tablou clinic figurează simptome manifeste (halucinații, delir, fobii, obsesii, anxietate, depresie, etc.) treziți în timpul productivității onirice sau imediat după aceasta, au o relaționare normală sau foarte apropiată de normal, fiind eliberați de fenomenele psihopatologice. Presupunem că acest fenomen se datorește rolului cathartic al visului, care poate oferi astfel nu numai o cale de cunoaștere a psihismului profund (așa cum preconiza **S. Freud**) ci și un mijloc terapeutic, **oniroanaliza** fiind astfel completată cu ceea ce putem denumi **oniroterapia**.

6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor

Timpul psihologic, denumit încă **timp subiectiv**, **timp trăit** sau **timp simțit**, exprimă perceperea subiectivă a raporturilor de succesiune și simultaneitate sau conștiința subiectivă a timpului. Ea presupune o însușire particulară a sistemului nervos (de a percepe și estima duratele), denumită **ciclocronie**. Astfel, în corecta apreciere a duratei au fost incriminați anumiți centri subcorticali și mai precis diencefalici. Mai mult, unii autori presupun existența unui "**centru al timpului**" pe care îl consideră localizat în **hipocamp**, în timp ce alții invocă existența lui în **cortex**, vorbind de un prezumtiv "**analizator al timpului**". Într-adevăr rolul cortexului cerebral în estimarea duratelor nu poate fi minimalizat, cu atât mai mult cu cât neurofiziologia pavloviană a demonstrat posibilitatea formării de **reflexe condiționate la durată**, reușind astfel condiționarea animalelor nu numai la excitanți fizici, obiectivi, ci și la cei de ordin subiectiv, cum este unitatea de timp.

Pornind probabil de la distincția între **conștiința duratei trăite** și **judecata asupra duratei**, unii cercetători încearcă o disjuncție între "aspectul dinamic sau relativ al timpului" (**A. Morali-Daninos**, 1964, p. 119) și **aspectul** său **cronologic**. La rândul său, aspectul cronologic al timpului cunoaște o **latură predominant formală**, privind

recunoașterea timpului și orientarea în timp, și o **latură neuropsihologică, personală,** privind aprecierea duratelor.

În ceea ce privește **aspectul dinamic**, subiectiv, al timpului, se acordă o importanță deosebită evenimentelor care-l populează și a căror succesiune îl fragmentează. Estimarea lui nu se îndepărtează de aprecierea propriu-zisă a duratelor, fiind determinată mai ales de conținutul evenimentelor înscrise pe parcursul duratelor. Obiectivitatea estimării scade deci de la latura formală la cea personală (a timpului cronologic) și mai ales de la aceasta la timpul dinamic, ce poate fi apreciat ca un timp al evenimentelor.

Este cunoscut faptul că factori interni, afectiv-motivaționali sau externi, evenimențiali, influențează exactitatea evaluării duratelor. Astfel, **stările afectiv-pozitive** ca și angajarea și implicarea într-o anumită acțiune sau activitate, **determină subaprecierea duratelor** în timp ce **stările afectiv-negative**, nonparticiparea și nonimplicarea în defășurarea evenimentelor **duc la supraevaluarea perioadelor parcurse.** De asemenea ritmul desfășurării, multiplicarea și varietatea evenimentelor, dar mai ales conținutul și semnificația lor, influențează în mare măsură posibilitatea estimării duratelor în care ele s-au defășurat. Menționăm totodată că această posibilitate a estimării perioadelor parcurse poate fi "perfecționată foarte mult pe bază de exercițiu, în procesul unor activități adecvate" (**Al. Roșca,** 1976, p. 253).

Pe de altă parte, situațiile și evenimentele pot constitui repere valoroase în orientarea cronologică. Acest fapt a fost ilustrat cu prilejul unor experimente în care persoanele trebuiau să aprecieze durata, în condiții de privare senzorială sau "în afara timpului" (**F. Halberg**, 1969, p. 7). Astfel, este citată experiența lui **Siffre** care a rămas (voluntar) 58 zile într-o grotă, la o adâncime de 130 m, în condiții de izolare fonică și vizuală. În aceste condiții estimarea duratei a înregistrat o eroare apreciabilă - prin impresia de încetinire a trecerii timpului - autorul experienței considerând că a parcurs numai 33 zile. Același fenomen a fost constatat și într-o altă experiență de izolare efectuată pe parcursul de 180 de zile de către **Mairetet** care a subapreciat într-o și mai mare măsură durata în condițiile privării. În toate aceste situații, absența ambianței, a evenimentelor că și a caracterului ritmic al defășurării unor fenomene determină o subapreciere (subiectivă) a timpului care poate ajunge "până la 50% din durata reală" (**P. Fraisse**, 1968, p. 257).

7. Biocronometrie și nosografie

7.1. Evoluție biocronometrică și taxonomie nosografică.

Fără îndoială că cea mai veche și cea mai frecvent utilizată taxonomie din întrega nosografie a bolilor este bazată pe durata evoluției lor, noțiunile de **acut, subacut** și **cronic având ca primă accepțiune noțiunea de timp**. Datând din antichitate, cunoscută și descrisă de **Hipocrate**, această primă sistematizare a bolilor se află încă în plină

actualitate, atributele de **acut**, **subacut** sau **cronic** fiind astăzi în mod univoc utilizate.

Ulterior, concepția ciclică asupra timpului, derivată în special din astronomie, în care timpul era divizat în cicluri (nictemeral, lunar, sezonier), determinate și delimitate de fenomenele cosmice, s-a impus și în nosografie. Această influență s-a manifestat în special asupra bolilor acute care, în condițiile evoluției lor naturale, prezentau o defășurare ciclică.

Ciclicitatea evolutivă era mai bine ilustrată în patologia infecțioasă în care se constata un **debut** brusc și relativ nespecific, marcat de febră, mialgii, artralgii și fenomenologie cutanată eruptivă, urmat de o **perioadă de stare**, caracterizată printr- o simptomatologie cvasispecifică. Finalul bolii era marcat de o "criză", ilustrată prin acutizarea simptomelor a cărei prezență și desfășurare decidea deznodământul afecțiunii. Remarcată încă de **Hipocrate**, criza, acest moment final, dramatic al afecțiunii, păstra o semnificație prognostică particulară, ea fiind urmată de așa-zisa fază rezolutivă, **de remisiune** rapidă a fenomenologiei clinice.

În condiții favorabile, această evoluție ciclică a bolii se încheia prin vindecare, orice abatere de la evoluția cronologică sau simptomatologică a afecțiunii fiind susceptibilă de complicații sau de un prognostic infaust. Pe această biocronometrie evolutivă, medicul putea emite prezumții prognostice care de cele mai multe ori erau confirmate, fapt ce sporea nemăsurat prestigiul său profesional. Bazat pe evoluția ciclică a bolii, în fața pacienților săi care nu aveau cunoștințe de cronopatologie, el devenea din terapeut un vizionar, din medic, un mag.

Remarcăm totodată faptul că boala acută, asemenea tuturor proceselor biologice, prin această desfășurare ciclică ilustrează cu și mai multă pregnanță ordinea dialectică. Dealtfel, nu numai febrele eruptive, ci și alte afecțiuni din patologia infecțioasă sau din **patologia generală atestă această ciclicitate**; pneumonia francă-lobară, pleurezia sero-fibrinoasă, guta și altele se înscriu în cadența evolutivă a cronometriei. Trebuie subliniat însă că toate aceste boli sunt determinate de un factor etiologic exogen, de cele mai multe ori infecțios. Datorită acestui fapt, terapeuticile moderne, și în primul rând antibioterapiile, prin promptitudinea și eficacitatea acțiunii lor, au suprimat sau în orice caz au perturbat ciclul evolutiv al bolilor, dezinvestind totodată puterea prognostică a medicilor.

Pe de altă parte însă, **terapiile moderne**, minimalizând afecțiunile acute și nu rareori salvând viețile, **au instaurat era bolilor cronice**; în cazul lor, amplitudinea manifestărilor clinice cedează în favoarea duratei. Spre deosebire de bolile acute a căror caracteristică era ciclicitatea, bolile cronice au ca trăsătură esențială durata; ele sunt boli ale timpului.

Deși lipsite de ciclicitate, bolile cronice nu au o deplină uniformitate evolutivă. Ele au, mai bine spus, o **lentă procesualitate** care nu le scoate **complet din ciclicitate** și probabil acest fapt l-a determinat pe **Littré** să afirme că bolile cronice sunt acelea care "își parcurg lent perioadele".

Putem considera că în linii generale, până la jumătatea secolului nostru, istoria

medicinei se caracterizează prin domnia bolilor acute și a evoluției lor ciclice. Deși cunoscute și invocate, bolile cronice nu erau ca atare considerate, ci erau apreciate ca sechele, cu forme diferite de gravitate, ale bolilor acute.

Terapeuticile moderne în primul rând, dar nu mai puțin creșterea nivelului socio-cultural, a calității vieții și a asistenței medicale în special, **au adus în câmpul asistenței (dispensarizate)** boala cronică nu numai în perioada de manifestare clinică, ci și în lunga ei evoluție torpidă, nu rareori subclinică.

Aspectele de cronometrie pot fi regăsite însă și în bolile cronice, ca dealtfel în întreaga patologie; ele se constată nu numai în periodicitatea episoadelor, ci și în **ritmicitatea simptomelor** (ca în boala ulceroasă, astmul bronșic etc.). Alteori, periodicitatea puseelor este insuficient remarcată, acutizarea fiind determinată exogen de factori psihici, meteorologici, alimentari, conjuncturali, ca în hipertensiunea arterială, reumatism, diabet, scleroza în plăci etc. În alte situații, boala cronică este considerată aperiodică (de exemplu scleroza laterală amiotrofică, distrofiile musculare, neoplasmele etc.) deși este foarte probabil ca și aici să existe o ritmicitate evolutivă încă insuficient evidențiată.

7.2. Boala sub unghiul evoluției temporale și caracterul relației terapeutice interpersonale.

Dacă boala acută prin evoluția sa ciclică ce ocaziona posibilități prognostice și scadențe sanogenetice a aureolat prestigiul medicului, boala cronică, prin prognosticul imprevizibil și evoluția îndelungată tinde să îl estompeze. Argumente patogenetice vin să argumenteze această concluzie; astfel, **boala acută**, de cele mai multe ori de natură infecțioasă, **era considerată ca fiind determinată de un agent exterior**, invadator, care presupunea o mobilizare atât a acțiunilor biologice, sanogenetice, cât și a elementelor propriu-zis terapeutice care, în esența lor, depindeau de medic.

Spre deosebire de boala acută, **boala cronică** nu are o cauză atât de evidentă, **fiind considerată în mod empiric de natură internă**, denumită uneori **endogenă**. Într-adevăr, bolile reumatismale, cancerele, psihozele, diabetul nu cunosc o cauză evidentă și, datorită acestui fapt, nu pot beneficia de un tratament specific, ceea ce condiționează caracterul lor cronic. În felul acesta, spre deosebire de boala acută apreciată de bolnav ca ceva exterior, accidental și tranzitoriu, **boala cronică apare ca dezvoltată din propriul organism** și inerentă ființei sale. În plus, evoluția îndelungată și incertitudinea prognostică vin să-i întărească această impresie. Toți acești factori consolidează anxietatea pacientului în fața bolii cronice spre deosebire de încrederea cu care el trăiește evoluția bolii acute, în ciuda amplitudinii ei simptomatologice.

În ceea ce îl privește, terapeutul, prin formația sa medicală pozitivistă, este mai pregătit să considere boala ca pe un element străin, de natură exogenă, iar când acesta este bine cunoscut, efortul său terapeutic este mai angajat și mai bine conturat.

În plus, în virtutea instrucției și formației sale, **medicul este tentat** (iar alteori

determinat de lipsa altor mijloace terapeutice) **să trateze boala cronică prin metode clasice** care, **de cele mai multe ori sunt specifice** tratamentului **bolilor acute**. Insuccesele astfel înregistrate se adaugă neîncrederii sale inițiale și au drept consecință evitarea angajării medicului în efortul terapeutic destinat bolnavului cronic. Având conștiința ciclicității și finalității previzibile a bolii acute, medicul nu trebuie să omită perspectiva lentă și imprevizibilă a continuității evolutive a bolii cronice, a cărei epocă a fost în mod paradoxal deschisă de noile mijloace și succese terapeutice.

8. Dismnezie și cronopatologie

Psihologia tradițională a legat studiul timpului de procesele senzoriale, vorbind despre **percepția timpului**, atât în virtutea unor argumente fără îndoială pertinente, cât și prin analogie cu **percepția spațiului**. Legate de evenimentele cu care omul este confruntat, **duratele pot fi nu numai percepute, ci și trăite**, cu o anumită intensitate și tonalitate afectivă, determinate de semnificația acestor evenimente.

La rândul ei, trăirea, în funcție de amplitudinea și autenticitatea sa, influențează capacitatea mnezică și, în primul rând, păstrarea și evocarea. În fond, ființa conștientă nu ar avea posibilitatea estimării duratelor și edificării noțiunii de timp fără participarea **funcției mnezice; ea fixează evenimentele în trama perioadelor parcurse, stabilind în ultimă instanță întinderea duratelor**. Ea realizează legătura trecutului cu prezentul, oferind posibilitatea elaborării planurilor și intervențiilor prospective. Astfel, un om lipsit de posibilitatea fixării mnezice a evenimentelor, lipsit de conștiința continuității timpului ilustrată prin unitatea dimensiunilor sale (trecut, prezent și viitor), nu poate duce mai departe o acțiune începută. Un exemplu clasic în acest sens oferă psihiatrul rus **S. Korsakov**, care prezintă cazul unui romancier cu amnezie de fixare; datorită acestei tulburări (survenite în urma unui traumatism cranio-cerebral), el nu mai putea continua într-o legătură inteligibilă acțiunea eroilor unui roman pe care începuse să-l scrie înainte de accident. Numeroase exemple clinice atestă faptul că procesele mnezice care asigură posibilitatea fixării, păstrării și evocării evenimentelor realizează nu numai continuum-ul trecut-prezent-viitor, ci asigură totodată raportarea noastră adecvată la dimensiunile duratei.

Legată în cel mai înalt grad de problematica timpului, **funcția mnezică este un act de sinteză psihică**. Prin acesta, actul memorizării impune acțiunea de participare activă, de trăire, de construcție a prezentului.

Activismul persoanei în procesul memorării și în special al fixării a determinat conturarea așa-numitului "prezent psihologic" (**Averbach**) sau "prezent aparent" (**W. James**), căruia, unii clinicieni au încercat să-i măsoare durata, apreciind că aceasta ar fi cuprinsă între 0-12 secunde.

Referitor la perceperea duratei **"prezentului psihologic" P. Janet** vorbește de așa-numita **potențare a prezentului (preséntification)**, argumentând că realizarea prezentului

este inseparabilă de constituirea evocării, prezentul fiind "o evocare făcută în același moment în care noi prezentăm"; cu alte cuvinte, prezentul ar consta din transformarea acțiunii în evocare în același moment în care noi o executăm. În felul acesta, actul de potențare a prezentului devine un act intelectual în care este implicată atât conduita actuală, cât și procesul evocării; potențarea prezentului unește deci evocarea cu acțiunea, întrucât ceea ce nu poate fi trăit, actul la care subiectul nu a putut participa pe deplin conștient, nu va putea fi evocat, ci numai repetat. Putem considera, în acest context, că există o **creativitate a evocării** prin care funcția mnezică realizează nu numai actul potențării, ci și pe acela al **construcției prezentului**.

8.1. Tulburări ale delimitării prezentului de imaginile trecutului.

Uneori, în stări de tulburare a conștiinței sau de involuție senilă, bolnavul confundă trecutul cu prezentul. Astfel, în **ecmnezie** (gr. **ek**. în afară; **mnezis**, memorie), trecutul este luat drept prezent, bolnavul retrăind în prezent scene sau episoade de viață ale unei perioade de mult trăite, a căror amintire este încă bine păstrată. În situații clinice asemănătoare poate apare o slăbire sau chiar o anulare a posibilităților discriminative dintre evenimentele real-trăite și cele care au fost numai auzite ori citite sau provenite din experința onirică a insului, fenomen denumit **criptomnezie** (gr. **kriptos**, ascuns). Spre deosebire de aceasta, în **înstrăinarea amintirilor**, bolnavul pierde conștiința propriei istorii, considerând că evenimentele real-trăite nu-i aparțin, nu sunt ale sale, fiind numai auzite, lecturate sau visate.

8.2. Invadarea prezentului de către imaginile trecutului.

În anumite stări infecțioase (în momentul ascensiunilor termice), în narcoza cu eter sau cloroform, în șocurile insulinice, ca și în ingestia voluntară a unor substanțe psihodisleptice sau psihedelice apar anumite tulburări mnezice caracterizate prin evocări multiple, tumultoase și incoercibile desemnate prin noțiunea de **hipermnezie** (gr. **hyper**, mai mult). O manifestare amplă, paroxistică, a hipermneziei în care persoana este incapabilă de a opri avalanșa imaginilor evenimentelor trăite este cunoscută sub numele de **mentism** (lat. **mens, mentis**, minte, spirit). În această situație pacienții au mari greutăți în capacitatea de a memora, întrucât datorită derulării caleidoscopice a imaginilor trecutului, ei nu mai pot fixa mnezic, aspecte ale prezentului.

O situație particulară a fenomenologiei hipermnezice poate fi considerată **viziunea panoramică retrospectivă** întâlnită în situații de stress emoțional excepțional, în cursul marilor paroxisme anxioase, sau în crize de epilepsie temporală. În aceste momente, considerate ca unice prin amploarea lor, cei în cauză au impresia că revăd și retrăiesc imagini esențiale din propria experință.

9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice

Perceperea și trăirea timpului pot fi mai bine sesizate și mai clar interpretate prin studiul perturbării lor. Acestă aserțiune a lui **Th. Ribot** asupra "experimentului natural pe care-l constituie boala", și a rolului său în înțelegerea normalului își păstrează actualitatea, observația clinică fiind încă mijlocul de investigație cel mai eficace din psihopatologie. În afară de aceasta, trebuie precizat faptul că "studiile psihopatologiei depășesc cadrul strict al medicinei, înțelegerea bolii cere o înțelegere a caracteristicilor sănătății, iar trăsăturile esențiale descoperite cu această ocazie îmbogățesc patrimoniul cunoașterii în general, inclusiv al cunoașterii filozofice" (**Maria Costiner, El. Costiner**, 1978, p. 117). Tocmai de aceea, studiul timpului întreprins încă din antichitate, atât de medici cât și de filozofi, a oferit date și nu rareori argumente nu numai cunoașterii medico-psihologice, ci și edificării curentelor filozofice.

Perceperea subiectivă a timpului și conduita temporală în ansamblu sunt bulversate în toate tulburările conștiinței (determinate de o suferință neuronală consecutivă unui traumatism, unei intoxicații sau infecții), precum și în dezorganizările psihicului întâlnite în marile entități nosografice psihiatrice și mai ales în psihoze.

Datele și observațiile asupra perceperii timpului din cadrul marilor sindroame psihiatrice și al bolilor majore au deschis astăzi un nou capitol al psihopatologiei ce poate primi denumirea de **cronopatologie**. Menționăm, cu acest prilej faptul, că noțiunea de cronopatologie nu trebuie înțeleasă sub aparența etimologică întrucât, deși perceperea și trăirea timpului sunt alterate în majoritatea afecțiunilor psihice, nu există o "boală a timpului" și nici o "patologie a timpului", sau a temporalității, în sensul în care vorbim de o patologie a senzorialității, a cogniției sau a afectivității. Cronopatologia ar putea reuni și interpreta tulburări ale perceperii și trăirii timpului care sunt întotdeauna secundare diverselor tulburări ale psihismului și, în primul rând, ale sintezei psihice. Tocmai de aceea, cele mai grave erori în perceperea duratelor se întâlnesc în tulburările conștienței, dezorientarea allopsihică constituind expresia lor cea mai frecventă și relevantă.

9.1. Perceperea timpului în schizofrenie.

Boală psihică majoră care implică o profundă clivare a personalității insului, precum și o disociere a relațiilor cu realitatea, schizofrenia determină mari anomalii în perceperea, estimarea și mai ales trăirea timpului. Datorită acestei disocieri a psihismului, în schizofrenie se remarcă și o disjuncție între "timpul eului" și "timpul faptelor" sau între "timpul trăit" și "timpul spațial", cu alte cuvinte între **cronognozie** și **cronometrie**. În felul acesta, discordanța din planul psihismului se manifestă și în privința perceperii și trăirii timpului prin "discordanța temporală" pe care o putem denumi **schizocronie**.

Pe de altă parte se consideră că timpul pacientului schizofrenic și-ar pierde caracterul subiectiv, într-o tendință de obiectivare și imobilizare, spre a permite persoanei, aflate în

disociere și dispersie, să-și regăsească unitatea.

Unii autori psihanaliști consideră însă boala ca o reîntoarcere a pacientului în stadiul primitiv și nestructurat al primelor luni de viață embrionară; ar fi vorba de o "retrimitere în timp" la "stadiul preobiectal", embrionar, "al așteptării neconștiente a satisfacerii erotice".

Dincolo de aserțiunile prezumtive și interpretările speculative ale psihanalizei, menționăm cercetările asupra timpului la bolnavii schizofreni unde, se constată că aceștia prezintă:

- o bună orientare temporo-spațială și autopsihică;
- o relativ bună posibilitate de estimare a duratelor timpului fizic;
- condensarea, comprimarea duratelor de boală parcurse;
- tendința de negare a faptelor și evenimentelor trăite în timpul bolii;
- incapacitatea atitudinii prospective și de proiecție în viitor.

Această ultimă observație este reluată și de alți clinicieni care analizează rolul limbajului în conceptualizarea dimensiunilor temporale la schizofreni și stabilesc o "restrângere a câmpului temporal" (S. Arieti, 1974, p. 247), care constă în reducerea până la anulare a trecutului și mai ales a viitorului în contrast cu ipostazierea prezentului. De fapt, observații asemănătoare au fost efectuate cu mult înainte de către psihologi, care, prin **studii proiective** au arătat **fixarea pacienților schizofreni asupra prezentului**, fapt pe care îl interpretăm ca o expresie a dificultății discriminărilor realului de ariile incerte ale posibilului. Analizând clinic acest aspect, am observat că la bolnavii schizofreni există o anumită corespondență între gravitatea afecțiunii și gradul de scotomizare a viitorului.

O situație asemănătoare este întâlnită în cadrul productivității onirice, unde **fenomenologia visului se desfășoară în prezent**; indiferent de conținutul lor tematic, manifestările onirice sunt trăite în prezent chiar și atunci când reprezintă un fapt terifiant sau un pericol iminent.

9.2. Perceperea timpului în psihozele delirante.

În **tulburarea delirantă** perceperea și trăirea timpului se desfășoară într-un mod asemănător cu schizofrenia, în sensul că unitățile timpului fizic nu par modificate, ele fiind organizate și folosite în diverse activități. În ceea ce privește trăirea timpului, aceasta se desfășoară în viziunea delirantă a bolnavului, întrucât el trăiește un delir a cărei amplitudine are deseori un caracter fantastic sau oniric, fapt care duce la modificarea timpului social și a raporturilor acestuia cu timpul personal; nu este vorba de o disociere a perceperii timpului, dar se poate afirma că bolnavul trăiește un **timp bipolar** prin prisma dimensiunii personale și sociale a acestuia. În relaționarea socială, datorită delirului său, bolnavul neagă caracterul obiectiv și real al duratelor; mai exact, pacientul neagă timpul în perspectiva delirului său, dar îi recunoaște caracterul obiectiv și îl apreciază în mod realist în afara delirului.

Spre deosebire de schizofrenie, **tulburarea delirantă** nu prezintă aspecte de clivare sau bipolaritate temporală; în consecință, nu se poate vorbi de un "timp al delirului" și un timp al existenței sale sociale. Aceasta pentru că, în paranoia, delirul nu are caracterul provizoriu, epifenomenal, ca în schizofrenie, nu se află într-o paralelă cu bolnavul, ci este încorporat persoanei sale. Bolnavul paranoic nu relatează detașat și constatativ delirul asemenea schizofrenicului, ci îl trăiește în deplină autenticitate, realizând o fuziune cu delirul care îi reorganizează nu numai laturile formale ale personalității, ci și ansamblul ei, de la mobilurile motivaționale până la sistemul atitudinal; paranoicul nu este un bolnav care prezintă delir, ci **un ins a cărui întreagă existență este delir**. În această situație, timpul nu mai poate fi apreciat sub aspect fizic, pe de o parte, și în perspectivă delirantă, pe de altă parte; **bolnavul cu tulburare delirantă apreciază și trăiește timpul în funcție de conținutul delirului său cu care se identifică**.

Drept consecință a trăirii timpului în manieră delirantă, în paranoia, duratele și evenimentele acestor durate sunt regrupate și subordonate axei de cristalizare a delirului. Datorită acestui fapt, în unele stări delirante, în special cu conținut persecutoriu, bolnavul poate fi orientat mai ales asupra viitorului, pe care-l supradimensionează, decât asupra prezentului pe care-l minimalizează. De asemenea, pentru pacientul paranoic viitorul își pierde caracterul de probabilitate și își topește eventualitățile și variabilele într-un flux unic, rigid și viguros ce vine să întrețină și să consolideze delirul, furnizându-i noi date, care prin subordonarea și înlănțuirea lor catenară vor servi drept noi argumente în sprijinul sistemului ideativ delirant. Spre deosebire de bolnavul schizofrenic la care timpul părea dezarticulat, fragmentat, în multiple fațete, la **bolnavul delirant timpul se prezintă compact, într-o unitate fermă, monolitică** din care sunt excluse eventualități, contradicții sau fapte aleatorii.

9.3. Perceperea timpului în psihozele afective.

Dacă admitem că nu există o boală a timpului, o entitate nosografică în care tulburarea perceperii timpului să constituie simptomul major, putem afirma că **mania și depresia sunt afecțiunile în care trăirea timpului este cea mai intensă și mai evidentă.** În plus, episoadele de manie și depresie sunt legate de timp prin apariția lor ciclică, la anumite intervale - uneori diferite, alteori egale -, fapt pentru care au mai primit denumirea de **psihoze periodice**. De asemenea, fenomenele clinice maniacale sau depresive pot evolua într-o anumită succesiune închizând un ciclu, fapt care a determinat denumirea acestor forme de manifestare drept **psihoze cicloide**.

În **psihozele expansive**, caracterizate în mod esențial prin exaltare afectivă și conduită polipragmatică, **se ipostaziază și chiar se apoteozează clipa, momentul prezent**. Deși prezintă o fragilă inserție în realitate, bolnavul maniacal este focalizat asupra prezentului, "acum și aici" constituind pentru el obiect de continuă referință. Într-adevăr, existența bolnavului maniacal pare concentrată și redusă la "acum", la prezentul concret, palpabil, celelalte dimensiuni temporale, trecutul și viitorul fiind golite de

conținut, lipsite de semnificație. Apreciat sub unghiul perceperii timpului, bolnavul maniacal se caracterizează prin "absorbția trecutului și viitorului în prezent" (**L. Binswanger**, 1956, p. 37).

Privit sub unghiul fenomenologiei clinice, în exaltarea sa afectivă, bolnavul cu manie pare fascinat de frumusețea vieții, pe care o trăiește amplu, în planuri multiple, cu tendința de a nu-i scăpa nimic din realitate. Ignorând sau scotomizând dimensiunea retrospectivă și prospectivă, ancorat în clipa prezentă a cărei caracteristică este tranziența, **bolnavul maniacal are impresia de concentrare a duratelor și de accelerare a desfășurării evenimentelor**. În vivacitatea sa imaginativă, în bogăția fluxului ideativ și fuga de idei, bolnavul cu manie are impresia curgerii accelerate a timpului; acest fapt este evidențiat și în unele aprecieri ale pacienților conform cărora "zilele trec prea repede" și "viața este prea scurtă" pentru a se putea "bucura îndeajuns de bucuria vieții".

În **psihozele depresive**, starea psihică, polar-opusă maniei, conferă altă perspectivă dimensiunilor temporale care-i apar bolnavului dilatate, hiperbolizate, într-o desfășurare lentă, chiar imobile. În virtutea acestor considerente, melancolia - și stările depresive în general - oferă cea mai vie impresie a "trăirii" timpului. Abstrași realității fizice, concrete, depresivii par plonjați în timp și au fost denumiți **"bolnavi ai timpului"**, întrucât la ei simptomele au o referință și raportare temporală, evidențiind durata trăită dureros. Retragerea investițiilor afective, a inițiativelor, limitarea activității la acțiuni și mai ales la acte cu caracter stereotip, ca și închiderea perspectivelor cu anularea atitudinii prospective, sunt caracteristici ce concură din unghiuri diferite la **reținerea în plan subiectiv a prezentului care pentru bolnav se scurge exasperant de lent** și-n fața căruia el se repliază, refugiindu-se în trecut. Spre deosebire de bolnavul maniacal ce "zbura" în timp, **depresivul nu poate ieși din timp care este perceput ca desfășurându-se lent și uneori ca fiind oprit**, fapt pentru care depresia a fost apreciată ca o **sincopă a timpului**.

În contrast cu refugierea retrospectivă, **pacientul depresiv prezintă o inaptitudine prospectivă**; pentru el, viitorul nu este așteptat, dar nu este nici dorit sau prospectat, fiind de cele mai multe ori ignorat sau anulat. Într-adevăr, la bolnavul depresiv "iconoclastia trecutului merge mână în mână cu iresponsabilitatea față de viitor" (**A. Morali-Daninos**, 1964, p. 119). Este posibil ca această scotomizare a viitorului să fie expresia investiției sale univoc-negative și a lipsei oricărei perspective acut trăite de pacientul depresiv.

De fapt, redimensionarea perceperii timpului din manie și din depresie poate fi regăsită în amplitudini miniaturale în condiții normale. Astfel, situațiile trăite cu o participare afectiv-pozitivă oferă impresia accelerării timpului și în consecință par mai scurte, sunt subapreciate; dimpotrivă, cele trăite cu o participare afectiv-negativă oferă impresia încetinirii scurgerii timpului, fiind supraapreciate. În același sens, momentele de bucurie și satisfacție au un alt caracter decât situațiile penibile și de disconfort moral-afectiv. Desigur, la această situație contribuie și faptul că omul, în general orientat spre realizare și succes, apreciază realizările și succesele sale ca firești, înscrise în cadrul acțiunilor sale obișnuite; dimpotrivă, insatisfacțiile, decepțiile, insuccesele nu sunt

planificate, sunt neprevăzute, având astfel implicații mai profunde asupra stării sale timice. În consecință, **"momentele penibile și situațiile afectiv-negative** au o mai mare forță de penetrație și aderență psihică, **rămân mai mult și mai puternic ancorate în gândurile și amintirile noastre"** (**G. Ionescu**, 1981, p. 75), oferind impresia încetinirii scurgerii timpului și implicit a creșterii duratelor; dimpotrivă, situațiile afectiv-pozitive se desprind mai ușor de noi, sunt mai repede uitate, oferind impresia desfășurării mai rapide a timpului și a reducerii duratelor.

9.4. Stările confuzionale și perceperea timpului.

Tulburările conștiinței sunt caracterizate în mod esențial prin dezorientare în timp, în spațiu și cu privire la propria persoană. Aceste momente de bulversare a conștienței retrimit la problema unității spațio-temporale întrucât, spre deosebire de celelalte situații clinice, vizează nu numai perceperea timpului, dar și a spațiului, ilustrând ceea ce psihopatologia denumește **dezorientare spațio-temporală**. Astfel, bolnavul confuzional nu are conștiința duratei, nu poate face aprecieri asupra dimensiunilor temporale. În starea de disoluție a conștiinței, bolnavul are sentimentul neantizării, al destrucției și pulverizării timpului care, pentru el, este absorbit, încorporat în spațiu.

9.5. Sindromul Korsakov și orientarea temporală.

De etiologie traumatică sau alcoolică, ilustrat clinic prin amnezie de fixare, confabulație și dezorientare, **sindromul Korsakov** conferă, poate în cel mai înalt grad, imaginea disoluției temporale. Pentru bolnav, care este în imposibilitate de a fixa faptele și evenimentele parcurse, datele și împrejurările nu se scurg dinspre viitor spre trecut, ci, venind în prezent, evenimentele cad în gol, într- un **vid mnezic**, de unde imposibilitatea de a fi readuse (evocate). Bolnavul nu poate relata nici cele mai semnificative evenimente ale existenței sale (trăite în special după apariția bolii), fapt pentru care oferă impresia unei existențe lipsite de istorie, fără trecut și, în virtutea acestui fapt, fără posibilitate de orientare prospectivă. Cu toate că în **sindromul Korsakov** este invocată în primul rând tulburarea mnezică și prosexică, bolnavul este caracterizat mai ales prin ștergerea noțiunii de timp și anularea sensului temporalității, ceea ce are drept consecință clinică imposibilitatea orientării cronologice.

9.6. Perceperea timpului sub acțiunea drogurilor.

Anumite plante cunoscute încă din antichitate, ca **Papaver Somniferum** sau macul (din latexul căruia se extrage **opiul**), **Canabis Indica** (din care se extrage **hașișul** sau **marihuana**), **arbustul de Coca** (din care se extrage **cocaina**) etc. posedă - pe lângă alte acțiuni asupra psihicului - proprietatea de a influența perceperea timpului.

De fapt, este hazardat a afirma că substanțele amintite influențează în mod particular perceperea și trăirea timpului întrucât ele produc, în diverse grade (în funcție de natura substanței și cantitatea administrată), tulburări ale conștiinței pe fondul cărora

apar dezorientări în timp și spațiu, ca expresie a stării confuzionale în care se află persoana. Pe acest fundal confuzional are loc o productivitate senzorială psihotică ce anulează reperele spațio-temporale. Astfel **Thomas de Quincey** descrie la toxicomani"ieșirea din timp" determinată de acțiunea opiului, pacientul fiind retrimis într-un trecut impersonal sau în trecutul istoric general și obligat să trăiască "mii de ani înmormântat în sicric de piatră", împreună cu mumii și sfincși, în încăperi străbătute din inima piramidelor". Redimensionarea și hiperbolizarea "perceperii" duratelor sub acțiunea drogului este menționată și de **Théophile Gauthier** care aprecia că starea halucinantă și terifiantă, produsă de hașișul cu care se droga, ar dura sute de ani, deși în realitate era vorba doar de zeci de minute. La rândul său **Ch. Baudelaire**, redând fazele intoxicației cu haș, afirma că proporțiile timpului și ale existenței sunt complet dereglate de avalanșa senzațiilor și a ideilor.

Substanțele amintite, ca și altele cu acțiune asemănătoare, antrenând obnubilarea conștienței, determină înlăturarea reperelor temporale, ștergerea granițelor, între momentul actual și trecut sau viitor, plasarea greșită în timp a diferitelor evenimente sau împrejurări, imposibilitatea estimării duratelor.

Drogurile naturale amintite tind a fi astăzi înlocuite cu altele sintetice, care au o acțiune mai promptă și mai amplă asupra sistemului nervos, antrenând modificări psihopatologice mai puternice, deseori cu un caracter dramatic. În virtutea acțiunii lor, aceste substanțe (printre care se înscriu **mescalina, psilocibina, dietilamida acidului lisergic** sau LSD_{25} etc.) au fost denumite **psihotomimetice, psihodisleptice, psihedelice** etc.

Din acțiunea lor complexă asupra psihicului, reținem **tulburările în orientarea temporală** care sunt variabile de la o persoană la alta fiind descrise în mod diferit, uneori prin expresii metaforice ca **"timp oprit", "timp fragmentat", "timp discontinuu"**, sau dimpotrivă ca **"prezent etern", "aprofundare infinită"** etc. Cercetările efectuate asupra acestor situații au ilustrat însă că **persoanele respective, cufundate în confuzie, nu au posibilitatea aprecierii duratelor și nici conștiința trecerii timpului.** În consecință aici nu este vorba atât de **încetinirea derulării timpului**, cât de **impresia opririi lui**. Datorită acestui fapt, unele persoane drogate afirmă că în cursul unei experiențe psihedelice trăiesc ani, decenii sau o viață. Deseori, continuum-ul temporal apare ca întrerupt, tăiat sau decupat ori fragmentat în episoade care se succed caleidoscopic, asemenea unor imagini fotografice într-un carusel fascinant, dar mai ales terifiant.

9.7. Semnificația afectivă a timpului în psihopatologie.

Analiza psihologică a timpului a deschis în psihopatologie un nou capitol care abia în zilele noastre a început să-și scrie istoria. Deși studiile se află la începutul lor, considerăm că o primă observație care trebuie menționată este aceea conform căreia **cronopatologia confirmă și ilustrează adevărul fizicii moderne, asupra unității spațio-temporale.** Într-adevăr **orice tulburare a perceperii timpului este însoțită de tulburări în**

orientarea spațială; mai mult, orice dezorientare în timp este însoțită, într-un grad variabil, de o dezorientare în spațiu.

Deși greu se poate realiza în plan clinic disjuncția între dezorientarea temporală și dezorientarea spațială, putem afirma că prima conferă un grad mai mare de anxietate și perplexitate, accentuând confuzia bolnavului.

În general pentru bolnav, **timpul**, în virtutea aspectului său subiectiv, este **mai anxiogen decât spațiul, ale cărui repere sunt mai accesibile simțirilor noastre** în virtutea caracterului lor concret-material. Spre deosebire de timp, spațiul poate fi văzut, pipăit, transformat; el poate fi dominat, forța omului manifestându-se în mod concret asupra lui. Conștiința faptului că spațiul poate fi supus conferă omului în general și bolnavului psihic în special impresia de liniște și certitudine. **Spațiul are un rol tranchilizant**, chiar atunci când este întins, de unde efectul terapeutic pozitiv al deplasărilor în spațiu.

Prin aspectul său subiectiv, prin caracterul său imprevizibil sub raportul evenimentelor și situațiilor pe care le aduce, **timpul este neliniștitor** pentru bolnav care, în virtutea bolii sale, este încărcat de temeri, contorsionat de incertitudini. Timpul este susceptibil de a aduce nu numai evenimente cu implicații negative asupra bolnavului, dar el poate pune punct însăși existenței acestuia ceea ce-i sporește caracterul anxiogen. De aceea, tratarea efectului angoasant pe care timpul îl determină asupra unor persoane, trebuie edificată pe tărâmul ferm și tranchilizant al spațiului, terapia de mediu și socioterapia fiind considerate ca premise ale acestei acțiuni.

Bibliografie

Arieti, S., *Interpretation of schizophrenia*, Basic Books, New York, 1974, p. 246-248.

Aserinsky, E., Kleitman, N., *Regularly occurring periods of eye mobility and concomitant phenomena during sleep*. Science, 1953, 118, p. 273-274.

Baudelaire, Ch., *Les paradis artificiels*, Ed. Nilson, Paris, 1936.

Binswanger, L., *Reflexions sur le temps et l'étique. Evol. Psychiat.*, 1956, 1, p. 37.

Costiner, Maria, Costiner, El., *Timp psihologic - aspecte patologice. Filozofie și medicină* (red. Fl. Georgescu), Edit. Medicală, București, 1978, p. 117.

Dement, W., C., *Psychophysiology of Sleep and Dreams*, în *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, London, 1966, p. 290-332.

Fraisse, P. și col., *Le rhytme veille-sommeil et l'éstimation du temps. Cycles biologiques et psychiatrie*, Symp., Bel-Air Genève, 1967, Masson, Paris, 1968, p. 257-266.

Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1923.

Gschwind, M., *Untersuchungen über Veränderungen der Chronognosie im Alter, Disertation*, Basel, 1948.

Halberg, G., *Symposium on rhytms. Proceedings of the IV-th Panamerican Symposium on Pharmacology and Therapy*, Mexico City, Excerpta Medica Foundation, 1969, 185, p. 7-39.

Ionescu, G., *Biocronometrie și trăirea timpului în psihopatologie*, Analele Universității București, Filozofie, 1981, 30, p. 65-77.

Ionescu, G., *The experience of time in ontogenesis and psychopathology*, "Revue Roumaine des Sciences Sociales", série de Psychologie, 1982, 26, 1, p. 55-66.
Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, Maloine, Paris, 1928.
Kant, Imm., *Critica rațiunii pure*, Edit. Științifică, București, 1969.
Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires. Confrontations Psychiatriques*, 1973, 10, p. 31-51.
Lungu, Al., *Adaptarea temporală a omului*, în *Omul în lumea contemporană* (red. St. M. Milcu), Edit. Științifică, București, 1972, p. 95-110.
Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, Press. Univ. France, Paris, 1966.
Morali-Daninos, A., *L'évolution dans le temps de souvenirs pathologique*, în *Psychosomatique et chronicité* (red. P. Aboulker et col.), Maloine, Paris, 1964, p. 117-122.
Popoviciu, L., *Somnul normal și patologic*, Edit. Medicală, București, 1972.
Popoviciu, L., *Visul. Probleme de fiziologie, psihologie și patologie*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1978.
Ralea, M., *Amânarea, condiție specifică a psihologiei umane. Scrieri din trecut în filozofie*, E.S.P.L.A., București, 1957, p. 160-194.
Ralea, M., *Ideea de timp în conștiința modernă. Scrieri din trecut în literatură și filozofie*, E.S.P.L.A., București, 1958, p. 39-52.
Roșca, Al., *Percepția timpului*, în *Psihologie generală* (Al. Roșca, red.), Edit. didactică și pedagogică, București, 1976, p. 250-254.
Roffwarg, H. P. și col., *Preliminary observations of the sleep-dream pattern*, în *Problems of Sleep and Dream in Children*, Intern. Series of Monogr. on Child Psychiatry, NewYork, 1964, 2, 60-72.
Vaschide, N., *Le sommeil et les rêves*, Flammarion, Paris, 1918.
Zazzo, R., *Les débiles mentaux*, Esprit, Paris, 1965, p. 624-659.

Capitolul V

CONȚINUTUL PSIHOLOGIC AL DIAGNOSTICULUI CLINIC

Dificultățile medicinei și psihologiei în delimitarea și definirea stării de sănătate apar și în negativul situației, și anume, în analiza stării de boală în general și a diagnosticării bolii în cadrul fiecărui domeniu clinic, în special. Această analiză se impune întrucât, deși sub unghiul observației curente și al aprecierii empirice boala este mai evidentă și mai concretă decât sănătatea, actualmente se consideră că "sensul bolii este mai puțin evident decât se pare" (**D. V. McQueen**, 1978, p. 8), fapt ce aduce în discuție sistemul diagnostic al bolii, analiza criteriilor acestui sistem, ca și a gradului de izomorfism între elementele sale și aspectele clinice reale. De asemenea, este necesar a analiza nu numai corespondența diagnosticului cu realitatea clinică ci și confirmarea lui practică, fapt care-i asigură validitatea, conferind conținutului său sensul semantic adecvat și utilitatea, de cunoaștere a bolii prin analiză clinică (**diagignoskein**, gr. **dia**-prin; **gnosis**-cunoaștere).

1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică

Modelul medical tradițional a impus maniera de investigație și cunoaștere a bolii, demersul inductiv călăuzind analiza clinică, univoc orientată spre concluzia diagnostică. Aceasta s-a impus în activitatea practică a medicilor ca un atribut axiomatic și ca un țel inerent al cunoașterii bolii.

Ideea diagnosticului a marcat gândirea clinicienilor întrucât, încă de la începutul studiilor, a acompaniat instrucția și formarea lor profesională. Dacă obsesia diagnosticului este, printre medici, generală, instrucția și formarea lor medicală este însă neunitară, inegală, diversitatea lor fiind în funcție de variabile personale și conjuncturale. Aceasta întrucât, "suntem adepții unor anumite orientări clinice, ai unor anumite teorii patogenice și sisteme diagnostice, nu numai în funcție de conținutul lor, ci și de modul în care acestea au fost învățate, de măiestria și argumentarea cu care ne-au fost prezentate, de condițiile avute spre a le găsi o aplicabilitate, precum și de particularitățile noastre de personalitate" (**G. Ionescu**, 1981, p. 53).

Aceste variabile au implicații nu numai asupra procesului elaborării și formulării diagnostice, ci și asupra accepțiunii acordate noțiunilor semiologice, conferindu-le un conținut semantic nuanțat de la un specialist la altul.

Capitolul V

CONȚINUTUL PSIHOLOGIC AL DIAGNOSTICULUI CLINIC

Dificultățile medicinei și psihologiei în delimitarea și definirea stării de sănătate apar și în negativul situației, și anume, în analiza stării de boală în general și a diagnosticării bolii în cadrul fiecărui domeniu clinic, în special. Această analiză se impune întrucât, deși sub unghiul observației curente și al aprecierii empirice boala este mai evidentă și mai concretă decât sănătatea, actualmente se consideră că "sensul bolii este mai puțin evident decât se pare" (**D. V. McQueen**, 1978, p. 8), fapt ce aduce în discuție sistemul diagnostic al bolii, analiza criteriilor acestui sistem, ca și a gradului de izomorfism între elementele sale și aspectele clinice reale. De asemenea, este necesar a analiza nu numai corespondența diagnosticului cu realitatea clinică ci și confirmarea lui practică, fapt care-i asigură validitatea, conferind conținutului său sensul semantic adecvat și utilitatea, de cunoaștere a bolii prin analiză clinică (**diagignoskein**, gr. **dia**-prin; **gnosis**-cunoaștere).

1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică

Modelul medical tradițional a impus maniera de investigație și cunoaștere a bolii, demersul inductiv călăuzind analiza clinică, univoc orientată spre concluzia diagnostică. Aceasta s-a impus în activitatea practică a medicilor ca un atribut axiomatic și ca un țel inerent al cunoașterii bolii.

Ideea diagnosticului a marcat gândirea clinicienilor întrucât, încă de la începutul studiilor, a acompaniat instrucția și formarea lor profesională. Dacă obsesia diagnosticului este, printre medici, generală, instrucția și formarea lor medicală este însă neunitară, inegală, diversitatea lor fiind în funcție de variabile personale și conjuncturale. Aceasta întrucât, "suntem adepții unor anumite orientări clinice, ai unor anumite teorii patogenice și sisteme diagnostice, nu numai în funcție de conținutul lor, ci și de modul în care acestea au fost învățate, de măiestria și argumentarea cu care ne-au fost prezentate, de condițiile avute spre a le găsi o aplicabilitate, precum și de particularitățile noastre de personalitate" (**G. Ionescu**, 1981, p. 53).

Aceste variabile au implicații nu numai asupra procesului elaborării și formulării diagnostice, ci și asupra accepțiunii acordate noțiunilor semiologice, conferindu-le un conținut semantic nuanțat de la un specialist la altul.

Variabilitatea semnificației simptomelor și investirea ca diagnostic a unei fenomenologii clinice este mai puternic implicată în:

- stările patologice de mai mică amplitudine clinică;
- perioadele de debut;
- fazele de remisiune ale diverselor afecțiuni.

Sesizarea și distincția elementelor patologice ale acestor condiții au o importanță bine cunoscută, știut fiind că **semnificația diagnostică a unei fenomenologii clinice nu este în relație cu intensitatea manifestării sau cu dramatismul prezentării sale.** Această constatare primește un accent mai ferm în condițiile medicinei actuale în care, datorită mijloacelor terapeutice, amplitudinea și dramatismul manifestărilor acute diminuează în favoarea prelungirii evoluției lor.

Într-adevăr, criteriile tradiționale de validare a bolii care se înscriu în sistemul diagnostic actual au în vedere mai ales **boala acută** care:

- se bazează pe o distincție relativ limpede față de normalitate;
- evidențiază o anumită procesualitate (cu modalități de debut, curbe de evoluție și forme de remisiune relativ predictibile);
- prezintă un tablou clinic alcătuit din elemente semiotice evidente, relativ concrete și cu valoare generală, care printr-o înmănunchere specifică alcătuiesc sindroamele, veritabile trepte epistemologice și instanțe dialectice ale raționamentului clinic spre elaborări diagnostice.

Universul patologiei actuale este însă schimbat (în virtutea unor clarificări etiologice dar mai ales prin intervenția unor noi mijloace terapeutice), **morbiditatea fiind dominată nu de bolile acute, ci de bolile cronice.** În numeroase cazuri, printr-o orientare clinico-terapeutică adecvată, **viața pacientului este salvată dar boala nu este total și ireversibil înlăturată.** Astfel, sporește **aria patologiei cronicității**, caracterizată printr-o **fenomenologie clinică discretă dar de lungă durată, vag evidențiată**, în general estompată; ea nu mai corespunde modelului tradițional al bolii, ceea ce impune o restructurare și o reconceptualizare a diagnosticului.

2. Diagnosticul medical și supoziția etiologică

Criteriile veridicității oricărei taxonomii nosografice ca și elementele esențiale ce fundamentează sistemele diagnostice sunt argumentele etiologice. Element princeps de la care trebuie să pornească o clasificare și punct forte în orice sistematizare, cunoașterea cauzală în medicină oferă posibilitatea orientărilor terapeutice și a prezumțiilor prognostice.

Problematica etiologiei are însă izvoare adânci, dincolo de domeniul patologiei, găsindu-și sorgintea pe domeniul fiziologiei și psihologiei, unde vizează studiul condițiilor care asigură modul de funcționare a organismului. Pe un plan superior, condițiile fiziologice îmbracă aspectul trebuințelor a căror satisfacere chezășuiește sănătatea, privită

nu numai în plan fiziologic, ci și sub unghi psihologic. În felul acesta, trebuințele se înscriu într-un sistem taxonomic, conform unui criteriu axiologic, de la trebuințele elementare, biologice, la cele psihologice, sociale și chiar morale. În felul acesta, analiza trebuinței implică un element de valoare, insuficient analizat până acum în medicină datorită limitelor cunoașterii în domeniul etiologiei; pe măsura aprofundării și îmbogățirii cunoașterii cauzalității se poate realiza însă o anumită corelare a informației obiective, cauzale, cu criteriile valorice fundamentale.

În stadiul actual al cunoștințelor medicale asupra etiologiei se constată însă că:

- cele mai multe entități clinice (exceptând bolile infecțioase) deși bine delimitate și diagnosticate nu au o etiologie cunoscută iar obscuritatea din domeniul cunoașterii cauzelor se răsfrânge asupra validității diagnosticelor întrucât, nici o diagnosticare sau sistematizare nu prezintă o reală valoare dacă nu este bazată pe criterii cauzale; aceasta, întrucât:

- o nosografie bazată pe criterii semiologice, respectiv fenomenologice, este susceptibilă de confuzii datorită slabei specificități simptomatologice; astfel, elemente semiotice ca: febra, cefaleea, durerea, dar și constante biologice ca leucocitoza, viteza de sedimentare a hematiilor etc., nu prezintă o specificitate nosografică și numai cu rezerve pot fi folosite în supoziția diagnostică;

- pot fi confundate manifestările de debut ale diverselor boli, ca și formele clinice ușoare ale unor boli în esență severe, cu manifestările ample ale unor afecțiuni lipsite de gravitate;

- incertitudinile din aria etiologică și slaba validitate diagnostică împiedică elaborarea unor criterii evolutive sau a unor aserțiuni cu valoare prognostică;

- nedescifrarea etiologiei impietează asupra terapiei care, în pofida numeroaselor substanțe farmacologice imaginate, își menține caracterul nespecific, predominant simptomatic și periferic procesului patologic.

3. Diagnosticul medical și paradigmele patogenetice

Postulând existența tulburării într-un anumit loc din organism, diagnosticul medical beneficiază de consecința terapeutică ce preconizează neutralizarea fenomenului morbid pentru a favoriza sau realiza vindecarea. Această situație se întâlnește de cele mai multe ori în **medicina internă** dar și în alte domenii medicale, ca **dermatologia** sau **oncologia**. Astfel, prin administrarea unor substanțe alcalinizante se poate neutraliza hiperclorhidria, ameliorându-se o gastrită hiperacidă; un pansament gastric asociat cu medicație antalgică poate remite un puseu ulceros; de asemenea, medicația betablocantă, antiagregantă sau coronarodilatatoare poate avea un efect salutar în cardiopatia ischemică.

În alte condiții însă, acțiunea terapeutică vizează eliminarea focarului patologic, fenomen întâlnit în **specialitățile chirurgicale**. Datorită acestei situații, unii clinicieni consideră că boala este sinonimă cu leziunea sau cu destructurarea organică, uneori,

desigur, microscopică. Acest punct de vedere poate fi constatat și în definițiile asupra bolii în care leziunea constituie genul proxim, iar fenomenologia clinică, diferența specifică.

Menționăm faptul că și patologia psihică a căutat să se conformeze acestui model patogenic, unii psihiatri postulând că "boala există numai din punct de vedere somatic, corporal și orice manifestare psihică anormală devine boală în măsura în care prezintă un substrat organic incontestabil. În afară de această constatare, a numi boală orice fenomen psihopatologic este un fel nesănătos de a te pierde în metafore" (**K. Schneider**, 1962, p. 94). În virtutea acestui principiu, autorul prezintă o taxonomie a manifestărilor psihiatrice în care majoritatea entităților nosografice, lipsite de un substrat organic sunt considerate ca "variante anormale ale existenței psihice". Pentru cei mai mulți psihiatri acest punct de vedere este surprinzător, întrucât pune sub semnul întrebării existența, ca boli, a principalelor entități nosografice cărora, până acum, nu li s-a evidențiat un substrat organic. Cu toate că nu a fost adoptat, acest ipotetic punct de vedere ar putea fi confirmat în viitor când progresele etiopatogenice vor evidenția fundalul organic, respectiv biochimic, al bolilor psihice.

Acest mod de abordare, desigur extrem, absolutizează **organogeneza** bolilor, postulând că numai tulburarea determinată de un proces organic sau de consecințele lui funcționale întrunește atributele noțiunii de boală.

La cealaltă extremă se polarizează opiniile care absolutizează **psihogeneza** și consideră că "boala în sine îmbracă o semnificație care nu are nimic comun cu mozaicul leziunilor și simptomelor ... la care a fost adesea redusă" (**J. de Ajuriaguerra**, 1974, p. 154). Pentru adepții acestui punct de vedere, boala, determinată de situații conflictuale, psihotraumatizante sau frustrante, este considerată drept "conduita omului care suferă dezorganizarea funcțiilor sale".

Desigur, leziuni organice, modificări biochimice sau enzimatice, pot determina o perturbare a funcțiilor fiziologice, fie în mod direct, fie în mod indirect, prin conștientizarea stării de boală. Sub unghi opus, factorii psihotraumatizanți din mediu (în funcție de intensitatea, durata și semnificația lor) pot determina, la anumite persoane, stări nevrotice sau boli psihosomatice bine constituite. Dacă în prima categorie manifestările clinice sunt, sub aspect patogenic, mai clarificate, mai ușor diagnosticate și terapeutic mai eficient influențate, afecțiunile din a doua categorie, deși mai frecvent întâlnite, sub aspect patogenic sunt încă neelucidate, sunt mai vag diagnosticate, iar terapeutic mai greu controlate.

4. Diagnosticul medical și consensul sociocultural

Faptul că nu există o definiție unanim acceptată a stării de sănătate și nici o delimitare între boală și normalitate, sporește dificultățile edificării diagnostice și ale încadrării nosografice.

În urma unei analize asupra studiilor de specialitate și a investigării opiniei clinicienilor am constatat că nu se face o distincție și o delimitare între **boală, deviere** de la normal și **anormalitate**, noțiunile respective folosindu-se ca sinonime sau în același context; astfel, se consideră că "prin anormalitate, deviere comportamentală ori maladie, înțelegem o schimbare survenită în modul obișnuit de a trăi al unui individ, atât din punct de vedere biologic, cât și intelectual sau emoțional" (**A. Scoppa**, 1972, p. 60).

În virtutea considerentelor amintite precizăm că noțiunea de **anormalitate** tinde să părăsească domeniul medicinei organice fiind înlocuită cu noțiunea de **lezional** și respectiv **disfuncțional**. Restrângându-și aria utilizării din domeniul somatopatologiei, noțiunea de anormalitate își organizează conținutul și se extinde în domeniul psihopatologiei; astfel, ea vizează în special comportamentul iar în accepție jaspersiană exprimă **dezvoltarea** psihică patologică de natură să transforme persoana de-a lungul istoriei sale într-un mod comprehensibil. Spre deosebire de anormalitate, noțiunea de **boală** se referă în mod esențial la o anumită **procesualitate** care creează un hiatus și o denivelare (evidente și incomprehensibile) în continuitatea existenței insului.

Sub alt unghi, considerăm că **normalitatea tinde a se institui ca o noțiune de fundal, în timp ce boala, ca fapt individual, implică întotdeauna un aspect procesual.** Astfel, anormalitatea se referă în primul rând la structura și organizarea psihică, în timp ce boala vizează procesul morbid căruia îi determină modelarea diagnostică. Totodată, **anormalitatea se evidențiază de cele mai multe ori prin tulburări ale comportamentului și conduitei** care, prin esența și fenomenologia lor, au implicații sociale, în timp ce **boala se edifică printr-o procesualitate care o înscrie în domeniul patologiei medicale**. De aceea, se consideră că nu numai boala, ci și anormalitatea (ca dealtfel și starea de sănătate) nu pot fi corect studiate și realist apreciate decât în contextul relațiilor socioculturale. În același timp, condițiile amintite nu pot fi înțelese în mod abstract, ci numai "în funcție de norme culturale, de expectațiile și valorile societății, de interferențe profesionale, de diferențe individuale și de climatul social al vremii care stabilește gradul de toleranță față de deviantă. (**D. Offer și M. Sabshin**, 1975, p. 463).

Evaluarea și validarea stării de sănătate, de boală și de anormalitate depind de asemenea de unghiul sub care sunt analizate, respectiv **al insului** care prezintă condiția clinică (abordarea idiografică) sau **al grupului** căruia pacientul îi aparține (abordarea nomotetică).

4.1. Abordarea idiografică și elaborarea diagnostică, aparține dezvoltării științifice a medicinei și corespunde vechiului dicton hipocratic după care trebuie avut în vedere bolnavul și nu boala, pe care cel în cauză o dezvoltă într-o manieră personală.

Menționăm însă faptul că abordarea idiografică, bazată pe o epistemologie individuală, se află actualmente în umbra unui empirism individualizat întrucât criteriile sănătății și bolii sunt în funcție nu numai de "vârstă, sex și dispozițiile înnăscute ale individului", ci și "de condițiile sociale și ale mediului cultural în care individul a fost crescut și trăiește în prezent" (**H. R. Ahrenfeldt**, 1966, p. 2). Astfel, în anumite medii socioculturale, o discretă leziune sau o ușoară perturbare funcțională este apreciată ca

boală și diagnosticată, ceea ce implică necesitatea de a fi tratată; dimpotrivă, în alte medii socioculturale, perturbări clinice manifeste sau afecțiuni evidente sunt minimalizate sau ignorate, neglijându-se necesitatea validării diagnostice și a intervenției terapeutice.

4.2. Orientarea nomotetică și perspectiva diagnostică.

În antiteză cu abordarea idiografică, orientarea nomotetică își înscrie ca deziderat cercetarea influenței sociale asupra evoluției insului sănătos sau bolnav.

Considerăm că abordarea nomotetică oferă o imagine mai clară asupra unității dintre aspectele normale și patologice, ambele aflate sub puternice influențe socioculturale și modelate de sistemul de valori al grupului și epocii. Tocmai de aceea, "multe manifestări particulare care pot fi considerate ca patologice într-o țară, sunt acceptate în altă țară sau intră în cadrul obiceiurilor" (**J. de Ajuriaguerra**, 1974, p. 153).

Desigur, obiceiurile, cunoștințele și credințele unui grup social nu influențează doar noțiunile, ci și atitudinile membrilor grupului față de stările designate și diagnosticate. Aceasta ilustrează că atât starea de sănătate sau de boală, cât și diagnosticele consemnate nu pot fi considerate numai la nivelul insului luat izolat, ci sunt validate la nivelul grupului social în care el se află integrat.

5. Caracterul epistemic al examinării și axioma diagnosticării

5.1. Demersul tehnic al diagnosticului clinic.

Predominant anatomo-fiziologică, vizând modificarea organică sau perturbarea biochimică, examinarea clinică tinde să devină exclusiv somatică, limitându-i-se până la anulare componenta psihologică și dimensiunea anamnestică.

Mai ales în instituțiile medicale dotate cu o bogată și complexă aparatură, modul clasic de examinare și procesul de diagnosticare capătă un caracter de tehnicizare. Datorită acestui fapt, anamneza clasică, ce respecta și valoriza personalitatea pacientului, este astăzi reorientată de la analiza clinică și longitudinal-istorică la cercetarea biochimică, radiologică, bioelectrică.

Laborioasa și sofisticata investigație paraclinică, efectuată în scopul aprofundării cunoașterii și promptitudinii diagnosticării, **se desfășoară**, în majoritatea cazurilor, **fără cunoștința bolnavului - examenul clinic dialogat fiind astfel deturnat, prezentându-se ca un dialog între medic și aparat**. În felul acesta, bolnavul se consideră minimalizat, ignorat, ipostaziat ca obiect, care este explorat, manipulat, eventual experimentat; din punct de vedere moral el se simte prejudiciat.

Sub alt unghi, actul însuși al diagnosticării accentuează imaginea prejudicierii. De fapt, prin această delimitare a procesului morbid, medicul realizează un **proces de diagnosticare a bolii și nu a persoanei bolnave**; el stabilește un **diagnostic nosologic**,

care **nu** este superpozabil cu cel **personologic** (întrucât a spune "aveți ulcer" nu personalizează boala ca în apelativul "sunteți ulceros"). Prejudiciul moral al diagnosticării poate fi însă ameliorat prin maniera examinării.

5.2. Instanțe epistemologice ale diagnosticului clinic.

Demersul investigației cuprinde anumite instanțe sau etape ale unui proces epistemologic ce conduce, în final, spre diagnostic, sinteză a datelor oferite de pacient, precum și a cunoștințelor clinicianului.

5.2.1. Instanța simptomatologică a diagnosticului clinic.

Prima instanță a procesului diagnostic este **simptomatologică** (semiotică, predominant analitică), fiind ilustrată prin selectarea și abstragerea datelor semnificative din trei arii de cunoaștere: a relatării, a examinării și a investigației. Pe baza acestui ansamblu informațional "clinicianul este acela care evaluează, cântărește valoarea pentru diagnostic a fiecărei date clinice sau de laborator" (**M. Voiculescu**, 1972, p. 482). Această primă etapă este de culegere selectivă și de inventariere descriptivă a elementelor semiotice și paraclinice, fiind totodată preponderent obiectivă.

5.2.2. Instanța sindromologică a diagnosticului clinic.

În a doua instanță are loc un proces de ierarhizare a datelor și de sesizare a semnificației lor patologice, printr-un efort de sinteză și esențializare, în care contribuția clinicianului, prin experiența, informația și intuiția lui, este decisivă. Dacă prima etapă aparține în mare măsură faptelor și datelor, fiind predominant obiectivă, aceasta aparține judecății clinice, fiind esențial subiectivă. Astfel, din ansamblul informațiilor medicul desprinde elementul semnificativ al situației clinice ilustrat de cele mai multe ori sub forma unui simptom, care prin specificul său relevă natura ansamblului semiotic; este instanța **sindromologică** a procesului epistemologic ce face posibilă orientarea terapeutică. Denumirea sindromului este în funcție de zona anatomică interesată (ex. sindrom extrapiramidal, sindrom de neuron motor periferic), de elementul fiziopatologic sau metabolic dominant (sindrom de insuficiență circulatorie cerebrală, sindrom hemoragipar, sindrom dispeptic, sindrom hipoanabolic) sau de însăși denumirea simptomului caracteristic (sindrom pruriginos, sindrom depresiv, sindrom obsesiv etc.).

Această instanță a demersului diagnostic a fost criticată de unii clinicieni întrucât "sindroamele nu permit nici o indicație cu privire la raporturi certe față de corelații etiopatogenice, în sensul că factorii cauzal-genetici nu sunt cuprinși în particularitățile sindroamelor ... această teză fiind valabilă atât pentru cauzele somatice ale bolilor, cât și pentru cauzele psihice și sociale" (**K. Weise**, 1971, p. 62).

Într-adevăr, deși orientativ sub aspect terapeutic, sindromul nu are specificitate etiologică și nici patogenică, ci eventual clinică, fenomenologică; astfel, același sindrom poate fi întâlnit în afecțiuni de natură diferită și numai în anumite situații el poate prezenta particularizări nosografice.

În unele afecțiuni sau pentru unii medici, această a doua instanță a raționamentului

clinic este scurtcircuitată, diagnosticul fiind evident încă din etapa inițială a analizei semiotice. Uneori, în funcție de domeniul clinic, simpla inspecție sau observație evidențiază diagnosticul, alteori însă, diagnosticul nu poate fi precizat sau este în mod eronat formulat chiar după parcurgerea minuțioasă a celei de-a treia instanțe a judecății clinice, elucidarea lui aparținând anatomiei patologice.

5.2.3. Instanța nosografică a diagnosticului clinic.

Primele două instanțe ale procesului de diagnosticare, semiologică și sindromologică, realizează **secțiunea transversală** a actului epistemologic medical. A treia instanță a acestuia presupune o analiză istorică, personală și eredofamilială, care ilustrează **secțiunea longitudinală**. Precizăm faptul că numai prin analiza atentă a apariției și evoluției manifestărilor clinice în ansamblul condițiilor favorizante (iar când este posibil, a elementelor etiologice determinante) se poate accede la cea de-**a treia instanță**, aceea **a diagnosticului.**

Elementul esențial al celei de-a treia instanțe diagnostice îl constituie **anamneza** care vizează nu numai evoluția manifestărilor clinice, ci și analiza istoriei insului, a vieții sale în ansamblu. Dacă în afecțiunile chirurgicale urmărirea istoriei bolii este în mare măsură orientativă pentru diagnostic, în bolile psihosomatice ea este slab predictivă, aici personalitatea și subiectivitatea pacientului aducând clarificarea decisivă.

6. O premisă a diagnosticării: aptitudinea ascultării

În medicina clinică actuală, angajată în amplul proces al tehnicizării, odată cu minimalizarea examenului anamnestic a fost redusă, iar uneori exclusă, disponibilitatea ascultării. Ignorată în cadrul instrucției și formării medicale, ascultarea este tot mai puternic limitată, fiind uneori eliminată din cadrul activității clinice; minimalizându-i valoarea, medicul abandonează ascultarea nu numai ca mijloc de diagnosticare, ci și ca aptitudine clinică, necesară în procesul de relaționare.

De fapt, ascultarea poate fi analizată sub trei aspecte:

- ca solicitare a pacientului în nevoia lui de relaționare;
- ca disponibilitate fizică a clinicianului;
- ca aptitudine profesională.

Sub toate aceste aspecte ascultarea favorizează, iar uneori condiționează, diagnosticarea întrucât "înainte de a putea ajunge la diagnostic, clinicianul trebuie să învețe să asculte" (**M. Balint**, 1966, p. 131).

6.1. Ascultarea ca solicitare a pacientului.

În nevoia lui de relaționare și de participare la elucidarea diagnosticului, ascultarea este în strânsă legătură cu caracterul **directiv** sau **nondirectiv** al anamnezei; astfel, cu cât aceasta este mai puțin directivă, cu cât decurge într-un mod mai puțin dirijat, cu atât

se asigură bolnavului posibilitatea de a fi ascultat. Prin caracterul ei nondirectiv, anamneza lărgește câmpul informativ și oferă pacientului convingerea că medicul, binevoitor și concesiv, este interesat de detaliile bolii sale. Aceasta îi conferă încredere, îl stimulează în cooperare, asigurând premisele pentru o bună relaționare. Dimpotrivă, întrerupându-l prin întrebări din relatare, în tendința de a elimina orice divagare, medicul oferă pacientului impresia de frustrare; pot fi omise, totodată, elementele importante pentru diagnosticare. De fapt, la întrebările adresate pacientului, clinicianul nu obține întotdeauna date suplimentare ci, de cele mai multe ori simple răspunsuri, lipsite de valoare informativă.

6.2. Ascultarea ca disponibilitate fizică.

Intens solicitat și integral angajat în procesul diagnostic și efortul terapeutic, medicul este deseori constrâns spre o anamneză metodică, ferm-directivată dar în fond scurtcircuitată. Indiferent de natura ori de caracterul psihic sau somatic al afecțiunii, prin limitarea timpului necesar ascultării apar prejudicii nu numai sub aspectul informării, al culegerii de date necesare diagnosticării, ci și în privința relaționării cu pacientul. Astfel, considerându-se rejectat sau ignorat, pacientul poate să nu mai revină asupra unor aspecte anamnestice pe care inițial le considera necesare sau în orice caz utile pentru diagnostic.

Alteori, pacientul revine în mod obsesiv cu noi și neesențiale precizări sau poate chiar cu întrebări, medicul cedându-i astfel mai mult timp decât cel necesar, care trebuia acordat inițial. De fapt, singurul mijloc de a câștiga timp în relațiile cu bolnavul constă în disponibilitatea de a-l asculta și nicidecum de a-l respinge sau a-l limita. Pe de altă parte, elocvența și concizia clinicianului nu trebuie să vizeze disponibilitatea ascultării, ci excesul explicațiilor, sfaturilor, recomandărilor sau admonestărilor. În neutralitatea binevoitoare ce trebuie să-l caracterizeze, clinicianul nu va omite faptul că "cel mai bun sfătuitor este, înainte de toate, cel mai [illegible]" (**C. Sidney**, 1970, p. 254).

6.3. Ascultarea ca aptitudine profesională.

Dincolo de disponibilitatea ce decurge din înțelegere, amabilitate sau necesitate, **ascultarea este un act psihic ce are un caracter activ și presupune**, pe lângă o vădită concentrare, **capacitate de comprehensiune**; ascultarea nu este tăcere sau așteptare efectivă ci participare. **Caracterul elocvent al ascultării** este resimțit de pacient în momentul relatării, **constituind** pentru el **liantul relaționării**. În virtutea acestor considerente subliniem că ascultarea, ca disponibilitate, este la origine o trăsătură de personalitate. În activitatea clinică și în perspectiva diagnostică, ascultarea se cere stimulată și cultivată ca o aptitudine profesională. Condiție a instrucției și formării, aptitudinea ascultării devine astfel pentru clinician chezășia afirmării sale profesionale.

7. Urgența elucidării diagnostice și dirijarea relației anamnestice

7.1. Demersuri esențiale în procesul de diagnosticare.

În evantaiul modalităților de relaționare clinică, abordarea anamnestică urmează două direcții principale, veritabile demersuri esențiale în procesul de diagnosticare:

- directivă, metodică, dirijată și
- nondirectivă, narativă, nedirijată.

Metoda directivă constă în adresarea unor întrebări precis orientate, care, în funcție de domeniul clinic, sunt cuprinse în scheme relativ standardizate; ea vizează esențialmente apariția și evoluția tulburării, căutând să restrângă și să focalizeze câmpul investigării, spre a grăbi procesul diagnosticării.

Metoda nondirectivă caută să renunțe la întrebări, oferind pacientului posibilitatea unei cât mai nuanțate și mai aprofundate relatări. Scopul ei este de a obține istoria bolnavului și nu a bolii, istoria vieții insului și nu a tulburării, și de a înțelege trăirea situației de boală în constelația sa biopsihosocială.

Alegerea metodei anamnestice depinde de starea clinică a pacientului și de supoziția diagnostică a medicului. Astfel, în stările de urgență medico-chirurgicală, ca și în cazurile în care pacientul nu poate prezenta relatări exacte și elocvente asupra stării sale, se recurge la **metoda de examinare directivă** în care **predomină analiza bolii, a situației clinice,** față de aceea a istoriei bolnavului, a vieții insului, urgența clinică impunând dirijare și esențializare anamnestică.

În stările în care elucidarea diagnostică poate fi temporizată se recurge la metoda nondirectivă, nedirijată, mai extinsă și totodată aprofundată. Astfel, caracterul anamnezei fiind nondirectiv, se lărgește considerabil câmpul informativ, într-o tendință de cunoaștere orientată exhaustiv.

Precizăm însă faptul că, deși mai aprofundată, metoda nondirectivă se cere continuu completată, chiar și atunci când problema diagnosticului a fost elucidată. O astfel de anamneză pornește de la ipoteza că boala cunoaște o etiologie plurifactorială fiind în esența ei somatopsihosocială. **Abordarea nondirectivă este de fapt atât o examinare cât și o întreținere anamnestică al cărui scop diagnostic se prelungește în efect terapeutic.** Astfel, spre deosebire de metoda directivă, care încheie etapa diagnostică și condiționează intervenția terapeutică, metoda nondirectivă conține, în însăși structura sa, o componentă terapeutică, ea fiind în relativă independență față de instanța diagnostică.

Subliniem de asemenea faptul că deși nondirectivă, această metodă nu este neorientată, întrebări relativ discrete și nu prea frecvente din partea medicului reducând divagațiile și orientând expunerea pacientului.

Indiferent de caracterul directivității, orice abordare anamnestică urmează o **supoziție diagnostică**: ea este uneori concomitentă cu prima privire asupra bolnavului, fiind superpozabilă acelui **praecox Gefühl** al clinicienilor cu experiență. Această supoziție

orientează demersul investigativ, fiecare răspuns al examinării având un sens confirmativ. În eventualitatea în care supoziția diagnostică nu este confirmată, investigația anamnestică poate fi reluată, de obicei într-un mod mai analitic, mai puțin directiv.

7.2. Diagnosticul - între necesitatea explorării și riscul iatrogenizării.

Medicii psihiatri cunosc în mai mare măsură decât clinicienii altor domenii medicale că pacienții cu dezvoltări ipohondriace poartă și prezintă, în primul moment al consultației, dosare cu rezultatele numeroaselor investigații. În majoritatea cazurilor acestea sunt normale sau relevă mici abateri nesemnificative. Spontaneitatea și uneori sentențiozitatea cu care acești pacienți prezintă "analizele", exclude eventualitatea că cei care le-au recomandat, ori au reluat explorarea în mod repetat, nu au cunoscut rezultatele investigațiilor anterioare, care erau, desigur, normale.

Fără îndoială că repetarea examenelor s-a făcut sub presiunea acuzelor și la insistența pacienților. Clinicianul care le-a solicitat, ignorând examenul anamnestic, a sperat că reconfirmarea "normalității" probelor va aduce anularea sau ameliorarea anxietății pacientului. Rezultatul este opus însă celui scontat, pacientul insistând, în continuare, chiar cu un plus de fervoare, să fie reinvestigat. În aceste situații, medicul s-a lăsat antrenat și a fost manipulat de conduita psihopatologică a propriului său pacient; în plus, presupusul diagnostic somatic nu a fost cu nimic elucidat, în timp ce tabloul clinic psihiatric a devenit și mai bine conturat.

Pe lângă **iatrogenizarea prin excesivă și nejustificată explorare**, există o alta care se dezvoltă prin situația de spitalizare. Astfel, există pacienți care consultă medicul și se internează pentru o afecțiune reală, pe care o prezintă într-o formă simplă, nesistematizată, constituind "boala autogenă", neelaborată. În cadrul spitalizării însă, prin întrebări și examinări, prin ansamblul acțiunilor orientate în vederea unei corecte diagnosticări, medicul "creează un alt tablou clinic, mai complet și mai codificat, care se suprapune primului, reprezentând, într-un anumit grad, boala iatrogenă" (**A. Fernandez**, 1973, p. 45).

Alteori, pacienți cu o anumită structură a personalității sunt induși în dezvoltarea ipohondriacă prin comunicarea unor rezultate incerte sau a unor descoperiri accidentale, în fond asimptomatice; un diverticul duodenal, o hernie hiatală minoră, un osteofit rahidian, o retroversie uterină etc., sunt acreditate cu virtuți explicativ-etiologice ale unor tablouri clinice esențial nevrotice. Descoperirile amintite (de fapt false diagnostice, care în virtutea spiritului clinic și deontologic ar trebui ignorate), sunt, de cele mai multe ori, comunicate pacientului; acesta și-a satisfăcut în mod episodic nevoia sa de înțelegere și explicație, trecând relativ rapid într-o nouă fază, de solicitare și interogație.

La rândul său, medicul crede că și-a justificat funcția, sperând chiar că și-a ilustrat competența, prin faptul că a relevat un element sau un aspect eventual mai greu de observat sau, pe care confratele său anterior l-a ignorat. În fond, el este acela care ignoră ceea ce este mult mai important și anume faptul că **evidențiind un element nesemnificativ**

în explicarea patologiei a oferit pacientului argumentul, dar și mijlocul de a-și organiza și cristaliza nucleul iatrogeniei; nu osteofitul până atunci neștiut a constituit cauza nevrozei ci evidențierea lui de către medic, fapt care a echivalat cu introducerea "bobului de nisip" în scoica personalității anancaste a pacientului.

7.3. Caracterul unitar (somatopsihic) al examinării și veridicitatea diagnosticării.

Aprofundarea cunoștințelor medicale în cadrul fiecărui domeniu clinic, precum și diversificarea domeniilor clinice medicale au determinat **o deplasare a interesului și implicit a investigațiilor de la suferința bolnavului la explorarea aparatului sau organului afectat.** Această unilateralizare care se manifestă tot mai amplu în activitatea clinică dar mai ales în investigație și diagnosticare a ipostaziat așa-numita "medicină de organ" care de fapt nu corespunde unui domeniu ci unui anumit mod de abordare.

Pe de altă parte, diversificarea investigării somatice determinată de imperative științifice, efectuată în vederea unei **diagnosticări specifice**, a avut ca rezultat prejudicierea cunoașterii psihologice. Ignorarea subiectivității bolnavului și în ultimă instanță a insului ca persoană, deși impusă de necesitatea investigării sale prin mijloace științifice, s-a dovedit în fond neștiințifică, întrucât "știința cere un bilanț exact al fenomenelor morbide: nu numai o investigație a mecanismelor cognoscibile în sfera organică, ci și recunoașterea ca fapte reale, a fenomenelor psihice concomitente" (**R. Kourilski**, 1964, p. 25).

Diagnosticul complet, integral, al "pacientului total" cuprinde în linii mari două niveluri: **al diagnosticului descriptiv-somatic** și **al diagnosticului sociodinamic**; primul este **diagnosticul entității nosologice** și determină orientările terapeutice, în timp ce al doilea constituie **diagnosticul constelației personologice** și permite evaluări reabilitative și prognostice. Dificultatea sau imposibilitatea cooperării cu pacientul nu îngăduie clinicianului depășirea diagnosticului descriptiv-somatic, dar după depășirea stadiului amenințării vitale (a situației urgenței medicale), acest nivel organic al diagnosticului poate fi completat cu nivelul psihologic, respectiv cu diagnosticul sociodinamic.

Diagnosticul descriptiv-somatic (al entității nosologice) se bazează în mod esențial pe examenul fizic și pe explorările biologice; el nu are suficiente resurse pentru edificări etiopatologice, permite în linii mari orientările terapeutice și este limitat în privința aprecierii evoluției și a formulărilor prognostice. Acest nivel al diagnosticului, bazat în special pe morfopatologie și fiziopatologie, nu are în vedere relația dintre medic și pacient; **este nivelul tehnic al diagnosticului** și aparține "unei biologii sau unei psihologii cu o singură persoană" (**J. Rickman, cf. M. Balint, Enid Balint**, 1966, p. 190), spre deosebire de nivelul personologic al diagnosticului care este rodul examenului unei relații umane și aparține câmpului biologiei sau psihologiei cu două persoane.

Diagnosticul sociodinamic (al constelației personologice) are în vedere trăsăturile caracteristice ale personalității, constelațiile motivaționale și zonele conflictuale intrapsihice, tulburări ale aprecierii și orientării valorice, nonconcordanțe cu normele

sociale sau abateri de la normă în domenii vitale esențiale. Acest diagnostic implică factori psihosociogenetici, atitudinea pacientului față de boală, gradul participării sale la vindecare și, în acest context, aserțiuni mai ferme cu privire la evoluție și reintegrare. Aceste exigențe ale cunoașterii, necesare diagnosticului sociodinamic, nu pot fi atinse decât printr-o relaționare adecvată și autentică între clinician și pacient care trebuie să prezinte nu numai capacitatea cognitivă, ci și disponibilitatea afectivă de a colabora la procesul propriei sale vindecări.

Alături de nivelul descriptiv-somatic al diagnosticului, nivelul sociodinamic se înscrie cu o pondere apreciabilă în câmpul practicii medicale, realizând în ansamblu diagnosticul "patologiei persoanei globale" (**M. Balint**, 1966, p. 131).

Cele două componente ale diagnosticului clinic realizează o unitate în sensul că **nivelul descriptiv-somatic** a diagnosticului, instituit în primul moment al examenului, elucidează starea biologică a pacientului și permite o mai bună abordare psihologică, în timp ce **nivelul sociodinamic,** prin informațiile de ordin personologic, oferă posibilitatea reanalizării și aprofundării datelor ce alcătuiesc diagnosticul nosologic. Astfel, prin cunoașterea personalității pacientului, "prin informații asupra emotivității, timidității, reticenței și prin alte aspecte ale diagnosticului psihologic, medicul poate aprecia valoarea datelor care-i sunt necesare în vederea diagnosticului nosologic" (**G. Heuyer**, 1966, p. 131). În același timp, nivelul sociodinamic al diagnosticului poate dezvălui aspecte etiopatogenetice, susceptibile de a determina și întreține manifestările funcțional-organice, situații frecvent întâlnite în afecțiunile psihosomatice.

8. Modelarea și standardizarea relaționării în scopul diagnosticării

În timp ce modul abordării anamnestice este imprimat de medic, maniera de răspuns, ca și gradul de participare la actul de investigare și diagnosticare sunt determinate de bolnav. În funcție de forma relaționării medicului, de caracterul ei directiv sau nondirectiv, răspunsul pacientului poate fi **activ** sau **pasiv**. La rândul său, activismul răspunsului este însoțit de diverse grade de cooperare din partea bolnavului.

Principalele moduri de participare a pacientului la actul de diagnosticare pot fi grupate, în funcție de forma de relaționare, în anumite niveluri: **nonparticipativ, interogativ, noncooperativ, participativ și cooperativ**.

Combinând modul de abordare al medicului cu nivelul de participare a bolnavului, obținem modelele de relaționare întâlnite în procesul de diagnosticare:

- **directiv-pasiv-nonparticipativ;**
- **directiv-pasiv-interogativ;**
- **directiv-activ-noncooperativ;**
- **nondirectiv-pasiv-noncooperativ;**
- **nondirectiv-activ-participativ** și
- **nondirectiv-activ-cooperativ.**

Prin analogie, putem considera că fiecărui model de relaționare îi corespunde un **prototip psihogenetic**, respectiv un anumit nivel de atitudine a părintelui față de îngrijirea copilului. Astfel, modelului de realționare **directiv-pasiv-nonparticipativ**, întâlnit în cazurile clinice cele mai severe, în care pacientul este incapabil de orice participare sau colaborare cu medicul la procesul diagnostic, îi corespunde relația genetică dintre **mamă și sugar**. În aceste situații, în care pacientul este pasiv și nonparticipativ, medicul trebuie să fie în cel mai înalt grad directiv, în sensul că, renunțând la orice element direct-informativ, se va baza în procesul diagnostic pe examenul fizic, obiectiv.

Un grad redus de relaționare între medic și bolnav se întâlnește în modelul **directiv-pasiv-interogativ**, în care pacientul, datorită gravității stării clinice, asemenea unui copil nu poate oferi informații anamnestice, avansând doar eventuale interogații. Asemenea **părintelui în relațiile sale cu copilul**, medicul nu este preocupat de întreținerea dialogului sau de veridicitatea răspunsului pe care-l oferă pacientul, ci de promptitudinea și operativitatea diagnosticului și implicit a tratamentului, impuse de urgența cazului.

A treia instanță în relaționare, de tip **directiv-activ-noncooperativ**, presupune un anumit grad de activism din partea pacientului dar, datorită stării clinice, dorința sa de cooperare nu este utilă medicului în procesul de diagnosticare. Datorită acestui fapt, deși pacientul are în relație o atitudine activă, medicul va adopta o conduită directivă ca aceea a părintelui în îngrijirea unui copil la **vârsta preșcolarității**. Asemenea acestuia, pacientul, deși lucid și bine orientat, este în general limitat în ceea ce privește relațiile utile diagnosticului.

Instanța ulterioară în relaționare este de tip **nondirectiv-pasiv-noncooperativ**; ea implică un anumit credit al relatărilor pacientului și atitudinea de nondirectivitate din partea medicului. Deși relativ pasiv și predominant noncooperativ, pacientul, asemenea **școlarului**, poate oferi relatări utile diagnosticului, care vor fi încurajate prin nondirectivitatea clinicianului; acesta, prin relaționarea sa nondirectivă, va spori inițiativa pacientului, gradul său de participare la procesul de diagnosticare și implicit de vindecare. Totodată relația nondirectivă a medicului va evita crearea unor relații de dependență a pacientului, ca și a unor sentimente de frustrare.

La un nivel superior de relaționare în modelul **nondirectiv-activ-participativ**, întâlnim o atitudine nondirectivă din partea medicului și un răspuns activ-participativ din partea pacientului. Se realizează un model de relaționare între medic și pacient corespunzător aceluia dintre **părinte și adolescent**; activismul și dorința de participare a pacientului pot fi stimulate și folosite de medic în procesul de elucidare a diagnosticului. Totuși, prin tendința lui de minimalizare a bolii, prin încrederea nefondată, uneori hazardată în forțele sanogenetice proprii, acest tip de pacient, asemenea unui adolescent, deși bine intenționat, activ și participativ, nu este util sub aspect cooperativ; elanul său, în mod nondirectiv ascultat, se cere însă orientat, uneori limitat, medicul cumpănind cu grijă în procesul diagnostic natura informației cu elocvența și obiectivitatea observației.

Modelul optim de relaționare în procesul de diagnosticare este cel **nondirectiv-activ-cooperativ**, specific colaborării între doi adulți aflați în autentică angajare și

PRINCIPALELE MODELE RELAȚIONALE MEDIC - BOLNAV ÎN PROCESUL DE DIAGNOSTICARE

Model de examinare	Nivel de participare	Nivel de relaționare	Prototip genetic	Situații clinice	
				Somatice	Psihiatrice
Directiv	pasiv — nonparticipativ	directiv-pasiv-nonparticipativ	mamă-sugar	stări comatoase	stări stuporoase
	pasiv — interogativ	directiv-pasiv-interogativ	părinte-copil	urgențe medico-chirurgicale cu limitarea conștienței	stări confuzionale cu tulburări de orientare allo și autopsihică
	activ — noncooperativ	directiv-activ-noncooperativ	părinte-preșcolar	urgențe medico-chirurgicale cu păstrarea conștienței	stări de agitație psihomotorie
	pasiv — noncooperativ	nondirectiv-pasiv-noncooperativ	părinte-școlar	boli acute	stări delirant-halucinatorii cu păstrarea conștienței
Nondirectiv	activ — participativ	nondirectiv-activ-participativ	părinte-adolescent	boli subacute	stări procesuale și decompensări psihotice
	activ — cooperativ	nondirectiv-activ-cooperativ	adult-adult	boli în faza de remisiune sau cu tendință la cronicizare	stări nevrotice și reacții nonpsihotice

soluționare a unei situații critice, problematice. În acest caz, pacientul este pe deplin conștient de starea sa, dorește sincer să o depășească și în acest scop este receptiv la orice apel de angajare în procesul de diagnosticare. La rândul său, medicul, nondirectiv, renunță la rolul de părinte substitutiv, întrucât găsește la pacient disponibilitățile unui partener avizat, activ și cooperant. În această situație, pacientul nu este un ins care trebuie manipulat, dirijat sau orientat, ci un aliat, autentic angajat, cu care medicul va colabora nu numai în procesul de diagnosticare, ci și în etapele ulterioare, de tratament și recuperare.

Această standardizare a examinării și modelare a relaționării impune medicului nu numai informație și experiență clinică nosografică, ci și comprehensiune interumană și cunoaștere psihologică; ele îi vor permite modul optim de abordare și oportunitatea în relaționare, utile pentru o promptă și corectă diagnosticare.

9. Un deziderat al diagnosticării clinice: oportunitatea intervenției terapeutice

În patologia internă și chirurgicală, dar și în psihopatologie, există tendința de a recurge în mod prematur, uneori intempestiv, la terapie și mai ales la medicamente cu puternică acțiune farmacodinamică. În special anumite manifestări ca durerea, febra, cefaleea, dar și anxietatea sau agitația ridică problema eventualei intervenții terapeutice, de natură să anuleze ori să reducă amploarea fenomenologiei clinice, înaintea elucidării diagnostice.

Mai ales medicii tineri și omnipracticienii au tendința de a liniști pacientul printr-o medicație antalgică, miorelaxantă sau tranchilizantă, realizând astfel o estompare a manifestărilor clinice și o "liniștire" nu prin eliminare, ci prin "acoperirea" proceselor patologice. Fără îndoială că aceasta este o atitudine spontană în fața suferinței sau tulburării, dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori chiar prejudiciabilă. Astfel, se știe că în situația unor dureri abdominale violente, intens acuzate, nu este recomandabilă intervenția prin medicamente cu acțiuni antalgice și mai ales prin substanțe opiacee, decât în urma unei examinări atente, susceptibile să elucideze aspectele etiologice și să contureze supozițiile diagnostice.

Actualmente, nu numai internistul sau chirurgul, ci și psihiatrul, deși conștient de faptul că diagnosticarea trebuie să preceadă prescripția, cedează tentației de a interveni cu neuroleptice datorită efectelor spectaculare pe care le obține, ignorând interferența lor negativă în demersul cunoașterii clinice; într-adevăr, în condițiile terapeutice actuale, a suprima o durere este un fapt clinic obișnuit, dar a reduce o stare de agitație, a înlătura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.

Tendința compulsivă de a obține remisiuni clinice prompte prin intervenții imediate se constată nu numai în cazul urgențelor, ci și în afecțiuni mai reduse sub aspectul manifestărilor clinice, ca și în boli ce tind spre evoluții cronice, împiedicându-se astfel dezvoltarea unei relații terapeutice necesare elucidării diagnostice.

9.1. Suprainvestirea diagnosticării și minimalizarea tratării.

Deși poartă o denumire, diagnosticul nu se reduce la aceasta, ci semnifică încheierea unui proces de căutare, culegere, interpretare și validare în care, de cele mai multe ori, intervin elemente creatoare. Nu rareori, concluzia diagnostică comprimă efortul creator al actului medical. În aceasta constă satisfacția uneori inconștientă dar în mod constant prezentă a clinicianului în fața diagnosticului; el pune la încercare cunoștințele, experiența și fără îndoială orgoliul profesional al medicului.

Alteori însă, satisfacția diagnosticării lasă în umbră sau scotomizează problematica tratării. Clinicianul consideră în mod tacit că elaborarea diagnosticului depinde de el, angajându-i prestigiul profesional, reconfirmându-l ca om de știință. Dimpotrivă, se consideră că tratamentul, de cele mai multe ori limitat, nu constituie o angajare a competențelor, alegerea medicamentelor, fixarea posologiilor, stabilirea oportunităților, vizând în slabă măsură creativitatea clinicianului; în plus, aceste probleme ale tratamentului, îndeobște cunoscute, decurg deseori în mod firesc din precizarea diagnosticului.

Slaba angajare a medicului în efortul terapeutic (în comparație cu intensa lui participare la procesul diagnostic) se datorește și faptului că rezultatul terapiei este condiționat de factori în relativă independență față de propria-i competență ca de exemplu: natura bolii, forma sa clinică, stadiul evolutiv, acțiunea farmacodinamică a medicamentului etc. Cu alte cuvinte, **rezultatul tratamentului este pus pe seama progreselor farmacologiei și a limitelor științei medicale, în timp ce elaborarea diagnosticului angajează în mod direct competențe profesionale.**

9.2. Diagnosticul - instanță preliminară și necesară tratamentului.

Concepția medicală tradițională, conform căreia elaborarea diagnosticului trebuie să preceadă instituirea tratamentului, este menținută în conduita clinică actuală. Înscrisă în ordinea legică a actului medical, această concepție, cu valoare axiomatică, prezintă un corolar: reconsiderarea și revalorizarea diagnosticului. Aceasta are loc prin procesualitatea elaborării sale în care "evaluarea științifică, obiectivă a simptomelor și datelor...(implică) evaluarea consecințelor" (**M. J. Martin**, 1980, p. 2030). Prin aceasta, procesul de diagnosticare determină o evaluare a bolii nu numai sub aspect nosografic, ci și din punctul de vedere al gravității, al stadiului evolutiv și al duratei. În afara evaluării datelor clinice și biologice, diagnosticul cuprinde însă și impactul noilor condiții psihosociale asupra modului de viață al bolnavului. De aceea, orientarea terapeutică a clinicianului ar trebui să fie determinată de starea clinică și diagnosticul pacientului care includ date privind natura afecțiunii, caracterul simptomatologiei, stadiul evolutiv al bolii, ca și modul de răspuns al bolnavului la tratamente anterioare similare. Totuși, studii sociologice efectuate în ultimii ani ilustrează faptul că decizia cu privire la prescripția tratamentului nu este determinată numai de patternul patologic al pacientului și de procesul diagnostic, ci și de formația și experiența medicului, la rândul lor puternic influențate de contextul

social și instituțional în care acesta își desfășoară activitatea. Numai în acest ansamblu actul diagnosticării este relevant în privința planificării terapiei și estimării prognosticului.

Caracterul **sine qua non** al diagnosticării ca o premisă a tratării se impune cu precădere în afecțiunile chirurgicale și cu o slabă rigoare în afecțiunile "medicale". În primul caz, intervenția terapeutică are o condiționare diagnostică, iar în al doilea caz, instituirea terapiei este în funcție de specificitatea acțiunii farmacodinamice asupra proceselor patologice. Astfel, o intervenție neurochirurgicală nu poate precede elucidarea diagnostică, în timp ce pentru psihiatru instituirea terapiei psihofarmacologice poate avea loc în mod concomitent cu procesul clarificării diagnostice.

În orice situație clinică însă, aplicarea intempestivă a terapiei determină diminuarea sau estomparea simptomatologiei, demersul diagnostic fiind astfel perturbat sau chiar prejudiciat. Totodată, menționăm că procedeul "**probei terapeutice**" utilizat în vederea elucidării diagnostice contravine judecății clinice. Bazată pe încercare, având o slabă justificare, "proba terapeutică" pune în paranteză informarea și experiența clinică, marcând abandonul disimulat al efortului de elucidare diagnostică.

10. Axiologie diagnostică, realitate clinică și exigență etică

Condiționați de formația lor pregnant biologică, medicii clinicieni sunt orientați în practică asupra diagnosticelor de natură somatică. Această disponibilitate clinică este și mai bine conturată de faptul că pacienții cu o afecțiune psihică, de cele mai multe ori nevrotică, prezintă la consultație, în prim-planul acuzelor, tot o fenomenologie somatică. În plus, în afara manifestărilor conversive, stările depresive, întâlnite cu o mare incidență în practica medicală curentă, prezintă o aparență somatică, simptomele somatoforme constituind, în cele mai multe cazuri, expresia clinică a depresiei. Alteori, starea depresivă este inaparentă clinic, manifestându-se printr-o fenomenologie somatică în cadrul tabloului cunoscut ca **depresia sine depressione**.

Aceste situații, ca și numeroase alte condiții clinice psihiatrice, exprimate prin acuze somatice, induc medicul somatician în căutarea și diagnosticarea unei afecțiuni fizice. Astfel, deși se apreciază că peste 50% din persoanele care solicită consultația medicului internist sau generalist prezintă o suferință nevrotică, majoritatea diagnosticelor vizează o tulburare somatică.

10.1. Scala axiologică a diagnosticului clinic: de la diagnosticul chirurgical la cel psihologic.

Fără îndoială, diagnosticul somatic este mai înalt valorizat decât diagnosticul funcțional sau psihiatric și în mod empiric se consideră că o afecțiune organică este mai severă decât una psihică, ceea ce ar impune o diagnosticare mai promptă și într-o manieră mai elocventă.

Pe de altă parte, evoluția rapidă a unei afecțiuni organice, ca și ideea incurabilității tulburării psihice, susțin acest stil al conduitei diagnostice. În virtutea acestor considerente, medicul se simte cu atât mai satisfăcut din punct de vedere profesional, dar și sub aspect moral, cu cât diagnosticul pe care l-a stabilit este în mai mare măsură legat de o alterare anatomică decât de o perturbare fiziologică sau psihologică.

Diagnosticul chirurgical impune în primul rând o intervenție promptă de cele mai multe ori urgentă. În această situație tratamentul, legat de obicei de o zonă anatomică alterată, constă în extirpare, eliminare sau drenare, ceea ce are drept consecință o rapidă și evidentă remisiune simptomatologică sau chiar o vindecare; situația se apropie în cel mai înalt grad de conținutul noțiunii de salvare.

Diagnosticul medical, urmând celui chirurgical, este de asemenea valorizat în plan profesional, componenta lui organică sau fiziopatologică fiind în mod pedant relevată și delimitată prin analiză diferențială. Din acest punct de vedere, angajarea în sesizarea și evidențierea diagnosticului fizic depășește uneori expectațiile impuse de starea pacientului, intrând în joc profesionalismul clinicianului. Acesta își lărgește aria investigatorie, repetă examinările, dialogând cu aparatele și cu simptomele, pe seama stării bolnavului. Când nu pot fi decelate nici anomalii minore, fie și nesemnificative clinic, pacientul este etichetat "nevrotic" sau "funcțional", fiind eliminat din câmpul diagnosticului medical.

Diagnosticul psihiatric decurge uneori din demersul anterior; în aceste cazuri el nu este rodul unui proces epistemic, al unui efort de sesizare, adunare, analiză și decantare a datelor clinice, ci expresia excluderii eventualităților scontate, cu obstinație căutate. Astfel, diagnosticul psihiatric al somaticianului nu are un sens pozitiv, nu este un construct, expresie a unui proces de observație și reflexie; el este o conotație rezultată prin excludere, o **zona incerta** a speranțelor diagnostice anulate. Acest fapt este exprimat în însăși concluzia pe care medicul o comunică pacientului, în locul diagnosticului: "nu ai nimic organic, ești funcțional" sau "un nevrotic", apelativ care în accepțiunea pacientului se traduce prin "închipuit" sau "isteric", fapt ce provoacă nemulțumire, nedumerire și nu rareori indignare.

La rândul său, clinicianul se simte jenat, eventual neputincios ori ofensat, pentru că eforturile sale nu au fost confirmate prin date cu relevanță organică, susceptibile de a primi o evaluare diagnostică. În plus, relația sa cu pacientul este grevată de faptul că la oferta simptomelor acestuia, el nu poate oferi diagnosticul fizic așteptat, pentru care a fost, de fapt, consultat.

10.2. Diagnosticul personalității pacientului - acreditarea cunoașterii sale psihologice.

Dacă în accepțiunea somaticianului sau omnipracticianului, diagnosticul psihiatric este devalorizat întrucât constituie concluzia negativă a examinării și infirmarea supozițiilor de organicitate, **diagnosticul psihologic** este ignorat pentru că, din punctul de vedere al clinicianului, este subtil și sofisticat. Lipsit de o formație psihologică sau

posedând doar elemente de psihologie printr-o informare incompletă sau incidentală, clinicianul nu are posibilitatea de a formula un diagnostic al personalității pacientului. În plus, convins de faptul că scopul imediat al diagnosticului este instituirea tratamentului, știe că un "diagnostic psihologic" nu impune un corectiv terapeutic, farmacologic. În virtutea acestor considerente, **scala axiologică a diagnosticului clinic nu se ridică de la somatic spre psihic, ci coboară de la organic la funcțional**, de la aparent la mai puțin evident, de la chirurgie spre psihologie.

11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii și de anulare a personalității bolnavului

11.1 Formarea psihologică și validitatea diagnostică.

Instruirea și formarea medicală contemporană, bazată pe o profundă dar unilaterală cunoaștere biologică și nosografică se reflectă în activitatea și conduita clinică printr-o acută carență psihologică. Într-adevăr, studiile medicale actuale, bazate în exclusivitate pe date biologice și de organicitate, sunt prejudiciate sub aspectul componenței psihologice: astfel, se studiază cu rigoare și analitism cele mai discrete aspecte anatomice și histologice, subtile reacții biochimice și ipotetice mecanisme fiziopatologice, dar se ignoră elementare date psihologice, necunoscându-se care sunt principalele procese și funcții psihice, elementele structurale ale personalității insului, aspectele motivaționale și condițiile determinante ale conduitei sale. Sub aspectul conținutului, procesul instructiv și informațional actual pregătește viitorul clinician pentru abordarea procesului morbid și nu a persoanei care-l dezvoltă și-l prezintă. Acest fapt este cu atât mai surprinzător cu cât practica medicală a relevat dintotdeauna rolul esențial al stării psihice în evoluția proceselor patologice. Această veche observație, care își găsește sorgintea în medicina hipocratică, a fost reconfirmată cu fiecare situație clinică, devenind astăzi axiomatică.

La rândul său, învățământul clinic, structurat esențialmente nosografic, favorizează orientarea către boală pe care printr-un demers discursiv și analitic o apoteozează și nu către bolnav pe care (în virtutea explorărilor paraclinice și a dialogului cu aparatele) îl ignoră. Acest fapt apare evident nu numai în conduita, ci și în "comunicarea" clinicienilor, iar formulări ca: "vă trimit o cardiopatie ischemică", "o insuficiență aortică", "un diabet", "o ciroză", "o fractură de col femural" ori o "nevroză cenestopată" etc., au devenit anodine chiar în marile unități terapeutice.

11.2. Relația dintre severitatea bolii și personalizarea diagnosticului.

Prin chestionare adresate medicilor clinicieni, am evidențiat **corelația pozitivă între gravitatea diagnosticului și personalizarea lui**: "carcinomul de la patul x",

"abdomenul acut de la patul y", "sindromul ocluziv din rezerva z" fiind apelative mai constant întâlnite decât acelea care vor să indice nevroza, eczema, spondiloza sau chiar arterita.

Am constatat de asemenea că tendința de personalizare a unei boli este în relație cu caracterul manifestării sale: de limitare sau de generalizare. Astfel, **cu cât procesul este mai net delimitat**, susceptibil de a fi mai direct abordat terapeutic și eventual eliminat, **cu atât este mai personalizat**. Dimpotrivă, cu cât procesul morbid este mai vag, mai difuz, mai generalizat, cu atât orientarea clinicianului se deplasează asupra pacientului care este mai atent considerat de exemplu, **afecțiunile chirurgicale, în general, localizate, sunt mai frecvent personalizate decât afecțiunile psihice** în cadrul cărora nu pot interveni disjuncții epistemologice între persoană și procesele patologice.

Pe de altă parte, **cu cât diagnosticul este mai acut** și mai bine precizat, **cu atât este mai puternic personalizat**; în acest sens o tuberculoză pulmonară sau o silicoză fiind mai vag conturate și mai discret manifestate sub aspectul fenomenologiei clinice, sunt mai slab personalizate decât o pneumonie sau o pleurezie. De fapt, **pe măsura cronicizării, boala pierde din conținutul personalizării,** devenind mai puțin evidentă, nemaiprezentând o problemă urgentă, boala este dezinvestită, deși continuă să constituie o preocupare pentru clinician, fiind în continuare tratată. Când boala depășește stadiul urgenței, când nu mai formează o "problemă clinică", ea cunoaște o recentrare, angajând tot mai mult preocuparea bolnavului; are loc un proces de dezinvestire și depersonalizare a bolii și de reinvestire și de repersonalizare a pacientului.

11.3. Subiectivitatea trăirii bolii, dificultatea estimării și caracterul scolastic al diagnosticării.

Suferința, ca și trăirea bolii, este esențialmente subiectivă dar această formulare ce frizează pleonasmul dorește tocmai să sublinieze nuanțarea infinită a subiectivității simptomului față de rigoarea estimării sale; de fapt, semiologia este o fenomenologie clinică fragmentată după criterii empirice și utilități didactice. Această fragmentare a unității și continuității trăirii în elemente semiotice de comportament este expresia (inerentă și întrucâtva inconștientă) a unor tendințe comportamentiste și nu întâmplător behaviorismul ipostaziază (uneori apoteozează) manifestarea, simptomul și ignoră rădăcina lui, trăirea, ca și contextul în care se manifestă respectiv boala, ori sindromul. Expresie a trăirii, a unei stări esențial subiective, simptomele nu pot fi întotdeauna obiectiv apreciate și estimate prin determinări obiective. În plus la dificultatea obiectivării simptomelor se adaugă subiectivitatea judecății clinicianului care este supusă caracteristicilor formării sale medicale și sistemelor de valori ale culturii grupului.

În același timp însă, orice nosografie și cu atât mai mult o taxonomie, exprimând nevoia de ordine, delimitare și rigoare, nu poate opera decât cu elemente obiectiv-evaluate și cât mai precis exprimate. Dar **precizia indicatorilor biofizici și biochimici care a contribuit la statuarea diagnosticului medical nu poate fi întâlnită în analiza clinică**

sau în faptul comportamental. În plus, dacă valoarea acidității sucului gastric, glicemiei, ureei sau colesterolemiei poate fi estimată cu obiectivitate și precizie, cifra în sine nu reprezintă boala care a determinat-o și nu permite **ipso facto** ipostazierea diagnostică și încadrarea nosografică.

De fapt, diagnosticul, instanță superioară a raționamentului clinic, presupune nu numai semne clinice sau indicatori biochimici, ci un context semiotic particular; elementele acestuia au nu numai o prezență concomitentă (ce permite selecționarea și inventarierea printr-o analiză transversală), ci și o istorie proprie, o evoluție caracteristică (ce poate fi sesizată prin analiză anamnestică longitudinală).

Uneori, în patologia organică dar mai ales **în patologia psihică, simptomele greu pot fi distinse și estimate ca fenomene clinice individuale, ele constituind urzeala actelor comportamentale**. Dizolvat în conduită, simptomul nu poate fi în mod realist individualizat, supus unei sistematizări sau încadrat, cu toate că în practică utilizăm acest procedeu, al modelului diagnostic medical, în virtutea scopurilor didactice și al delimitărilor clinice.

Considerații similare, dar cu atât mai pertinente pot fi făcute despre boală, văzută nu ca entitate ci ca perioadă, unică și particulară a existenței. Întrucât aceeași afecțiune este trăită și exprimată în mod individual, este formal (și prejudiciabil sub aspect moral) efortul de a diagnostica, împărți și încadra persoanele (existențe unice, indivizibile și irepetabile) aflate într-o situație clinică, în procustiana compartimentare nosografică. Prin aceasta, nosografia devine vulnerabilă în confruntarea cu criteriile psihologiei, cu orientările sociologiei, cât și cu principiile moralei, fapt pentru care procesul diagnosticării cunoaște actualmente efervescența reevaluării.

12. Diagnosticul pluridimensional, încercare de cuprindere a patologiei omului total

Actualmente se încearcă depășirea insuficiențelor amintite, generate în mod esențial de modul de diagnosticare unidimensional, prin eforturi de elaborare a unui model diagnostic pluridimensional, respectiv multiaxial, susceptibil să reflecte "o cunoaștere mai atentă, comprehensivă și completă a pacientului și stării sale"(**J.E. Mezzich**, 1980, p. 1072), prin abordarea biologică, psihologică și a implicațiilor sociale. În vederea acestui deziderat, axele diagnosticului clinic vor cuprinde nu numai fenomenologia (respectiv simptomatologia) ci și factorii etiologici (biologici și psihosociali), dimensiunea temporală (privind debutul, durata și evoluția) și funcționarea socială (care cuprinde disponibilitățile de relaționare, de adaptare socială și capacitatea profesională).

Necesitatea unui diagnostic "multidimensional" a fost semnalată de **E. Kretschmer** (1957), iar primele modele diagnostice pluriaxiale au apărut cu aproximativ două decenii în urmă, moment care inițiază și anunță declinul antinosografiei și sindromologiei în general și al antipsihiatriei în special. Astfel, **E. G. Gardner** (1965) recomandă ca în

alcătuirea diagnosticului să se țină seama de trei axe referitoare la: a) tipul bolii, b) nivelul și evoluția incapacității și c) structura personalității pacientului. În același timp, **H. Gastager** (1965), referindu-se la diagnosticul psihiatric preconizează ca acesta să se compună dintr-un "diagnostic simptomatologic" (semiologic), un "diagnostic al personalității" și un "diagnostic al poziției și evoluției sociale".

Pentru cuprinderea comprehensivă a tulburărilor psihice întâlnite la vârsta copilăriei, **M. Rutter** și colaboratorii (1969) propun un sistem nosografic și diagnostic triaxial care cuprinde: a) sindromul clinic, b) nivelul intelectual și c) factori etiologici (biologici și psihosociali).

Un model diagnostic multiaxial, considerat "sistematic și comprehensiv", a fost elaborat de **J. S. Strauss** (1973), având în componența sa axe privind: a) simptomatologia, b) durata și evoluția tulburărilor, c) factorii biologici asociați, d) capacitățile relaționale și e) performanțele profesionale. În linii mari, criteriile prevăzute de **J. S. Strauss** au stat la baza evaluării multiaxiale a diagnosticului propus de **D.S.M. III** care se bazează pe:

- **axe tipologice** referitoare la : a) sindromul clinic (axă care în afara simptomatologiei cuprinde aspecte privind severitatea, periodicitatea și cronicitatea manifestărilor), b) tulburări de personalitate și c) tulburări somatice (nonpsihiatrice);
- **axe dimensionale** referitoare la : d) factori psihosociali cu caracter stressant și e) nivelul cel mai înalt de funcționare socioprofesională anterioară.

După cum se poate constata, axele tipologice au un caracter tradițional și pot fi aplicate în "sisteme de diagnostic standard", în timp ce axele **dimensionale**, reprezentând variații continue și ordonate, implică o mai bună utilizare a informației disponibile, oferind posibilitatea emiterii unor aserțiuni prognostice și integrativ-adaptative ale pacientului.

Printre scopurile imediate ale diagnosticului multiaxial se înscrie contribuția la **elucidarea problemelor etiologice** (prin abordarea integrativă, holistică, în care aspectele biopsihologice sunt corelate cu cele ecologice) și **ameliorarea funcționării serviciilor clinice**, ca și a activității clinice concrete.

Această optimizare a activității clinice cuprinde, la rândul ei:

- organizarea informației clinice (prin atenția corelată și sporită acordată atât fenomenologiei clinice, cât și nivelului funcționării socioprofesionale),
- facilitarea unei comunicări clare și precise între specialiști (printr-o mai bună delimitare conceptuală a diferitelor fenomene clinice și printr-o formulare mai sigură și mai unitară a diagnosticului) și
- elaborarea programelor terapeutice și a evaluărilor prognostice.

Ca expectații secundare ale diagnosticării multiaxiale se menționează contribuția la **promovarea sănătății publice** prin datele consemnate care prezintă o mai mare unitate și un plus de reliabilitate, prin evaluarea mai concretă a incidenței și prevalenței diverselor condiții clinice, fapt ce permite o planificare mai rațională a programelor de prevenție și terapie.

Valoarea diagnosticului pluridimensional constă în mod esențial în gradul său înalt de **reliabilitate** (estimat prin acordul clinicienilor asupra diagnosticului aceluiași pacient) și puternica validitate care permite formulări diagnostice mai specifice și mai adecvate complexității condiției clinice.

Menționăm faptul că abordarea pluridimensională a diagnosticului s-a dezvoltat în interiorul psihiatriei, care, deși greu confruntată cu tendințele antinosografiei, constituie domeniul clinic cu cele mai mari disponibilități și deschideri spre o cuprindere a pacientului sub dimensiunea sa biologică și în egală măsură psihologică și sociologică. Prin această tendință comprehensivă și larg aplicativă asupra procesului diagnostic, psihiatria aduce o contribuție valoroasă în general și considerării pacientului în ansamblul dinamic al laturilor sale, ca om total într-un anumit context social.

BIBLIOGRAFIE

Ahrenfeldt, H. R., *La notion de santé mentale*, în: "Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie", 1971, 37960, A 10, nr. 7, p. 1-8.

Ajuriaguerra, J. de, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1974.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie* (trad. de l'anglais par J. P. Valabrega), Payot, Paris, 1966.

Balint, M., Balint, Enid, *Tehniques Psychothérapeutiques en Médecine* (trad. de l'anglais par J. Dupont et J. P. Valabrega), Payot, Paris, 1966.

Gardner, E. G., *The role of the classification system in outpatient psychiatry*, în: The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology (M. M. Katz et al. eds.), Bethesda, United States Public Health Service, 1965.

Gastager, H., *Die Rehabilitation der Schizophrenen*, Huber, Stuttgart, 1965.

Fernandez, A., *L'acte médicale pathogène*, în: Traité de Psychologie Médicale (red. P. Sivadon), P. U. F., Paris, 1973, p. 43-54.

Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie médicale*, P. U. F., Paris, 1966.

Ionescu, G., *The Medical Model of Mental Disorders*. în: "Revue Roumaine des Sciences Sociales. Psychologie", 1981, 25, 1, p. 47-60.

Ionescu, G., *O taxonomie psihiatrică ateoretică, pragmatică, nontradițională, revoluționară.* Jurnalul Medicinei Românești, 1993, 2, p. 3-7.

Ionescu, G., *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (D S M).* Psihiatrie, Pedopsihiatrie, Psihologie Medicală, 1993, 1, p. 3-6.

Ionescu, G., *Entități clinice cu validare nosografică incertă (entități clinice în tranziție): schimbări persistente ale personalității.* Psihiatrie, Pedopsihiatrie, Psihologie Medicală, 1995, 3, 1, 6-11.

Kourilski, R., *La rélation médecin-malade,* în: La formation psychologique de médecins (red. R. Kourilski, J. A. Gendrot, E. Rainbault), Maloine, Paris, 1964, p. 23-29.

Kretschmer, E., *Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie*, "Zschr. Psychother", 1957, 7, p. 183.

Martin, M. J., *Psychiatry and Medicine,* în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2030-2041.

Mezzich, J. E., *Multiaxial Diagnostic Systems in Psychiatry*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Baltimore, London, 1980, p. 1072-1079.

Offer, D., Sabshin, M., *Normality*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman et al. ed The Williams-Wilkins Co., Baltimore, 1975, p. 459-464.
Rutter, M. et al., *A tri-axial classification of mental disorders in childhood*, "Journ. Child Psychol. Psych try", 1969, 10, 41.
McQueen, D. V., *Perspectives socio-culturalles dans la santé et la maladie* "Das Medizinische prism. 1978, p. 4, 1-22.
Schneider, K., *Klinische Psychopathologie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.
Scoppa, A., *Normalità ed anormalità psichica*, în: Trattato di Psichiatria clinica moderna, Societa Editri Universo, Roma, 1972.
Sidney, C., *Essential Principles of Psychiatry*, Pitman Medical, London, 1970.
Strauss, J. S., *Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder*, "Arch. Gen. Psychiatry", 19 29, p. 445.
Voiculescu, M., *A fi clinician*, "Viața Medicală", 1972, 19, 11, p. 481-482.
Weise, K., *Stellung und Function der Psychopathologie*, în: Sozialpsychiatrie in der sozialistisch Gesellschaft (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Leipzig, Veb Georg Thieme, 1971, 59-90.
* * * *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition), Copyright The Americ Psychiatric Association, 1980.

Capitolul VI

PSIHOLOGIE ȘI SUICIDOLOGIE

1. Problematica generală actuală a fenomenului suicidar

Considerat ca "singura problemă filozofică serioasă" (**A. Camus**), suicidul constituie cea mai impresionantă enigmă a psihologiei și psihopatologiei, ale cărei implicații, în primul rând medicale, sociologice și juridice, vizează ansamblul științelor antropologice. Cunoscut "în întreaga istorie umană și în toate civilizațiile" (**L. Michaux**, 1965, p. 77), suicidul își ilustrează astăzi incidența pe măsura creșterii morbidității psihiatrice, a alienării sociale și a slăbirii legăturilor interpersonale. Într-adevăr, condiții medicale și în primul rând psihiatrice, stări psihice "de limită", precum și cauze sociologice și economice, se înscriu actualmente cu o pondere variabilă în etiologia plurifactorială a suicidului care "apare în lume ca un fapt cvasicotidian, infiltrând literatura, teatrul, cinematografia etc." (**M. Quidu**, 1964, p. 1). Desigur, suicidul este "fapt cvasicotidian" pentru un anumit perimetru informațional și nu în ansamblul populațional întrucât, raportând rata morbidității prin suicid la populația întregului glob, experții Organizației Mondiale a Sănătății au calculat că la fiecare minut și jumătate "o persoană sfârșește prin suicid".

Caracterul transcultural și transtemporal al fenomenului suicidar ridică întrebarea asupra unei eventuale "rate ireductibile" a suicidului printre ființele umane care, la rândul ei, antrenează o altă interogație dilematică și anume dacă acest act fatal este "prețul civilizației sau prețul vieții?" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1781).

Cu toată complexitatea problematicii sale, suicidul se înscrie, în primul rând în aria preocupărilor medicale, constituind cea mai importantă condiție psihopatologică și "cea mai frecventă urgență psihiatrică" (**H.I. Kaplan, R.J. Sadock**, 1983, p. 704) ce pune sub semnul întrebării existența, aducând în fața medicului perspectiva pierderii imediate a pacientului.

Întotdeauna, dar mai ales în istoria modernă a medicinei, suicidul a fost considerat ca un flagel care, prin înalta sa incidență s-a înscris printre principalele cauze de moarte; astfel, dacă în prima jumătate a secolului nostru mortalitatea prin suicid era comparată cu aceea determinată de bolile infecțioase în general și de tuberculoză în special,

actualmente comparația se face cu incidența deceselor prin maladii neoplazice, coronariene, cerebro-vasculare sau prin accidente rutiere. Astfel, urmărind rangul suicidului în ansamblul cauzelor de mortalitate, îl găsim situat "pe locul patru, urmând bolilor cardiovasculare, cancerului și accidentelor rutiere" (**M. Quidu**, 1970, p. 15) iar în privința "tinerilor între 15 și 19 ani, suicidul se află pe locul al doilea" (**E.S. Shneidman**, 1976, p. 1776) primul loc aparținând accidentelor. Se menționează de asemenea că la bărbații tineri suicidul este pe locul al treilea "decesele prin această condiție fiind depășite numai de cele atribuite accidentelor și cancerului" (**H.I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 704).

Considerat ca act autoagresiv, suicidul comportă o **definiție etimologică**, prin care semnifică "omorul de sine" (lat. **sui caedere**) dar și o **definiție operațional-psihologică** în virtutea căreia "suicidul este un act uman de încetare din viață, autoprodusă și cu intenție proprie" (**E.S. Shneidman**, 1980, p. 305).

Considerăm însă că această definiție are în vedere numai suicidul denumit "rațional", realizat în mod deliberat și conștient care, conform observațiilor noastre, este foarte rar întâlnit. Slaba incidență a suicidului "rațional" lasă loc suicidului pe care-l denumim simptomatic întrucât, în imensa majoritate a cazurilor, suicidul constituie expresia unei stări psihopatologice. Acest parametru trebuie înscris în însăși definiția suicidului, pe care-l considerăm ca **actul autosuprimării existenței desfășurat într-un moment de tensiune afectivă sau de perturbare a conștienței.**

2. Semnificația și natura fenomenului suicidar

Sub unghi psihosociologic, suicidului i se acordă semnificații multiple ca aceea a curmării singurătății (întâlnită în cazul separării cuplului prin părăsire, divorț sau deces), a răzbunării (ilustrată de unii adolescenți cu tulburări de comportament sau de persoane cu structură psihică dizarmonică), a neacceptării schimbării radicale a statutului social (în urma unor sancțiuni, pierderi materiale etc.), a suicidului ca ultimă sau unică soluție a unei situații intolerabile, sau a înlăturării dependenței (ca la bătrânii eschimoși care, spre a nu mai constitui o povară asupra familiei lor pleacă prin viscol în căutarea neantului).

O altă semnificație a suicidului este aceea a "menținerii onoarei" (ilustrată prin procedeul **harakiri** întâlnit la popoarele orientale).

Se consideră de asemenea că suicidul poate constitui o sursă de ușurare pentru pacienții excesiv de preocupați de teama de moarte, prin "sentimentul de control asupra morții, în sensul că ei pot hotărî când și cum să moară" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 706).

Toate aceste semnificații ale suicidului sunt supuse analizei și explicațiilor unor doctrine filozofice, în special de sorginte existențialistă, care tind să acrediteze ideea că suicidul ar fi un "act de afirmare a propriei voințe", "un act suprem de libertate" sau de

manifestare a libertății individuale.

Considerăm că în funcție de conținutul lor, semnificațiile suicidului pot fi înscrise pe o axă **morală** la ai cărei poli întâlnim **suicidul "altruist"** (ce poartă marca sacrificiului de sine, realizat în virtutea unor convingeri morale ferme, a unui ideal înalt sau crez) și **suicidul "egoist"**, a cărui intenție și semnificație nu corespund scopurilor grupului social ci se manifestă în detrimentul acestora sau în opoziție cu ele. La această extremă se înscrie și **suicidul "anomic"**, descris de **E. Durkheim** (1897), pe care-l denumim **sociogenetic**, realizat ca **urmare a pierderii statutului, ori a schimbării rolului social.**

Apreciem însă că aceste semnificații sunt analizate în mod unilateral, prin prisma suicidului "reflexiv" sau "rațional", a suicidului privit sub unghiul normalității psihice a celui în cauză. Considerăm că acest punct de vedere asupra căruia menținem serioase rezerve, a fost adoptat cu precădere de către filozofi și psihosociologi, fiind exprimat prin aserțiunea conform căreia "oamenii pot lua o decizie de a se sinucide, fără să-și fi ieșit din minți" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2089). În această arie a suicidului subiecților normali, în orice caz a persoanelor nonpsihotice, a suicidului apreciat ca soluție logică și unică pentru situația dată, în care incidența cea mai mare e atinsă de suicidul determinat de imperative morale, se înscriu și manifestările suicidare ale unor bolnavi somatici incurabili sau cu afecțiuni invalidante.

Spre deosebire de acest punct de vedere filozofic și psihosociologic, care este atât de frecvent și amplu invocat în patogenia suicidului, pe care nu îl respingem dar îl considerăm extrem de limitat, încercăm o acreditare sau în orice caz o mai fermă argumentare a naturii psihopatologice a fenomenului, formulând aserțiunea **suicidului ca simptom** și a **suicidului ca incident** al unei tentative suicidare demonstrative.

Reafirmând convingerea conform căreia cvasitotalitatea actelor suicidare este expresia unei stări psihice particulare, de puternică perturbare, de cele mai multe ori psihotică, menționăm că acest fapt, pentru noi cert și elocvent, nu este întotdeauna evident datorită unor situații pe care le prezentăm în mod succint.

2.1. Suicidul ca singura manifestare clinică a unei psihoze cu evoluție infraclinică.

În aceste condiții, persoana respectivă nu este cunoscută ca având o boală psihică iar suicidul, care surprinde atât de puternic grupul socio-familial, este interpretat ca "anomic", sociogenetic, după cum poate rămâne incomprehensibil. De cele mai multe ori însă, în tendința logic-rationalistă de-a acorda o explicație unor fapte imediate și atât de apropiate, cei din jurul suicidarului supradimensionează situațiile și evenimentele psihotraumatizante din antecedentele celui în cauză, investindu-le ca motive determinante ale actului suicidar. Astfel, un suicid de sorginte psihopatologică este "explicat" (printr-un fapt circumstanțial, ca o pierdere sau frustrație de ordin familial sau profesional) și inventariat ca fiind de natură sociogenetică. O catamneză atentă a suicidului "consumat"

sau o anamneză a suicidantului salvat poate reliefa însă fără dificultate existența unei afecțiuni psihotice infraclinice.

2.2. Suicidul ca prim simptom al unei psihoze.

În unele psihoze și mai ales în depresiile psihotice, se constată că suicidul apare cu precădere la debutul afecțiunii, manifestându-se printre primele sale simptome. În felul acesta, **suicidul apare ca un simptom** care prin realizare (prin manifestarea sa reală) **a anulat o fenomenologie clinică potențială**. Deși **prim simptom al unei boli psihice**, prin conținutul și caracterul său radical și fatal, suicidul devine și unic **simptom pe care-l putem compara cu uvertura unei simfonii nescrise**.

2.3. Suicidul ca un epilog tardiv al unei boli depresive.

Suicidul poate fi întâlnit nu numai ca act de debut al puseului psihotic, ci și ca act final al acestuia, ca o încheiere a sa ori ca **un epilog** tardiv al bolii. Așa cum am mai subliniat, referindu-ne la bolile depresive, "riscul de suicid nu scade o dată cu ameliorarea depresiei, ci dimpotrivă...se manifestă mai intens după ce pacientul a traversat episodul depresiv" (**G. Ionescu**, 1976, p. 1112), atunci când grupul socio-cultural și chiar medicul, consideră pacientul ameliorat sau vindecat. Privite din afara clinicii, aceste cazuri se înscriu în cadrul suicidurilor "anomice", sociogenetice întrucât, cu greu se poate considera că acest act final și fatal, unic prin dramatismul său, poate constitui expresia unui ansamblu simptomatic depășit, consumat, care a evoluat, pacientul respectiv fiind, în momentul suicidului, în mod real ameliorat. Din punct de vedere psihopatologic însă, fenomenul se explică prin faptul că pulsiunea suicidară presupune atât inițiativă cât și un anumit fundal motivațional, care nu se întâlnesc la pacientul profund psihotic ci mai degrabă la omul aparent sănătos. Tocmai de aceea, pulsiunea ca și inițiativa suicidară se manifestă cu precădere la debutul puseului psihotic, la apariția primelor simptome, când persoana prezintă încă pulsiuni și inițiative sau, în finalul puseului psihotic, atunci când în contextul ameliorării stării psihice, pulsiunile (și în plan comportamental inițiativele și acțiunile) reapar, cunosc o reînviorare, câștingând forță de manifestare.

2.4. Suicidul ca expresie a unei stări psihotice care se manifestă sub aparența unei fenomenologii clinice somatice.

Este cunoscut astăzi faptul, că numeroase stări depresive evoluează sub o simptomatologie somatomorfă, că există o "expresie somatică a depresiunii" (**G. Ionescu**, 1972, p. 245) sau "o depresie mascată" (**P. Kielholz**, 1972) de manifestări somatice care păstrează însă în fundal același înalt potențial suicidar. Și în aceste depresii, care la o analiză psihopatologică se dovedesc a fi la fel de autentice ca și depresiile propriu-zise, simptomatice, apar numeroase acte suicidare care nu sunt însă corelate cu starea psihică și nici cu fenomenologia somatică, dealtfel nespecifică, lipsită de o fundamentare organică. Manifestarea suicidară din această condiție clinică este în mod eronat considerată ca

"anomică" sau sociogenetică întrucât, analiza clinică evidențiază natura ei psihopatologică.

Toate aceste situații, pe care le considerăm elocvente, ca și altele mai puțin evidente, se înscriu ca argumente ce tind să acrediteze ideea că aria suicidului "rațional" sau "moral" este mult mai redusă decât cea preconizată de studiile sociologice și de considerațiile filozofice.

În afara acestor **argumente care pledează împotriva suicidului "rațional" a determinării "anomice" și în favoarea naturii sale psihopatologice**, mai pot fi menționate numeroase observații și considerente. Astfel, este cunoscut faptul că în perioade excepționale, dramatice sau catastrofice incidența suicidului nu crește, ci se reduce în mod evident. De asemenea, persoane aflate în situații de boală dramatice, cu traumatisme grave mutilante sau cu afecțiuni neoplazice, nu recurg la suicid, ci își manifestă cu mai multă vigoare tendința de apărare a ființei, de menținere a existenței. Considerăm de aceea că o situație catastrofică ce survine asupra grupului social sau a insului nu mărește riscul suicidar, ci tendința de supraviețuire și depășire a acesteia.

În virtutea acestor considerente subliniem faptul că pe măsură ce studiile asupra epidemiologiei și etiologiei suicidului devin mai aprofundate, sunt mai științific elaborate și aparțin unor persoane avizate, devine tot mai pregnant acreditată ideea că suicidul are de cele mai multe ori o sorginte psihopatologică, iar studiile idiografice asupra etiologiei fenomenului suicidar vor determina o deplasare a opiniilor de la explicațiile social-economice la cele medical-psihopatologice.

3. Asupra incidenței și prevalenței fenomenului suicidar

Spre deosebire de alte condiții clinice medicale, rata mortalității prin suicid este greu de estimat datorită factorilor de entropie epidemiologică, în rândul cărora se înscrie, la loc de frunte, suicidul disimulat. Astfel, datorită acreditării sociale negative, fenomenul suicidar se realizează într-un mod mascat, el fiind înregistrat deseori ca un accident, care, sub aspect etiologic rămâne nedeterminat.

Pe de altă parte, incidența suicidului cu greu poate fi estimată în mod global, printr-o evaluare asupra ansamblului populațional, știut fiind că ratele sale sunt diferite, în funcție de sex, vârstă, statut marital și profesional etc. Astfel, suicidul este de trei ori mai frecvent la bărbați decât la femei, de două ori mai frecvent la vârstnici decât la tineri, de două ori mai frecvent la cei care trăiesc singuri decât la cei care sunt căsătoriți, pentru ca în rândul celor care au rămas singuri, incidența suicidului să fie de patru ori mai mare la bărbați decât la femei.

Totodată, rata suicidului cunoaște valori diferite în funcție de numeroși alți **itemi**, fiind variabilă mai ales după gradul socio-cultural sau axul meridional. Astfel, așa după cum am mai consemnat (1981, p. 649), cea mai reprezentativă anchetă efectuată de Organizația Mondială a Sănătății pe o populație de 400 milioane persoane din 25 de țări,

estimează rata anuală a suicidului la 18/100.000 locuitori. Abaterile de la această medie sunt însă deosebit de mari, oscilând între 1,8 (Irlanda) sau 3,5 (Grecia) și 24,7 (Cehoslovacia), conform datelor Biroului Regional O.M.S. pentru Europa, prezentate de **E. M. Brooke** (1975, p. 83). Aceleași mari diferențe de la o țară la alta sunt redate și în alte studii (**J. Védrinne și J. P. Soubrier**, 1971, p. 4766), care estimează rata anuală a suicidului între 7,1 (Italia) 7,5 (Scoția) și 31,4 (Japonia) sau 31,9 (Danemarca). În linii generale se apreciază că "rata suicidului este cuprinsă între 25/100.000 pentru Scandinavia, Elveția, Germania, Austria și Japonia și sub 10/100.000 pentru Spania, Italia și Olanda" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 704).

Spre deosebire de estimarea realizată prin analiză transversală, care exprimă acel

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Anglia	1952 1961 1969 1976	13,8 15,1 15,0 11,5	Italia	1961 1952 1969 1971 1983	6,4 7,1 5,4 7,1 10,0
Australia	1952 1961 1976	14,9 16,6 11,9	Japonia	1952 1955 1961 1971 1976 1983	31,4 25,3 24,7 31,4 20,0 25,0
Canada	1952 1961	9,5 11,11	Norvegia	1952 1961 1983	9,8 10,0 25,0
Cehoslovacia	1961 1969 1975	28,2 24,7 24,7	Noua Zeelandă	1952 1961	13,5 13,0
Danemarca	1952 1956 1961 1971 1983	31,9 22,5 24,2 31,9 25,0	Polonia	1955 1961	5,7 12,8
Elveția	1952 1961 1969 1983	28,8 23,3 17,5 25,0	Suedia	1952 1961 1969 1976 1983	23,4 21,7 16,9 17,0 25,0
Finlanda	1952 1956 1961 1983	25,8 22,4 29,0 25,0	U.S.A.	1952 1961 1969 1976 1983	14,1 15,6 15,0 10,5 11,0
Franța	1952 1961 1976	23,3 20,7 15,9	Ungaria	1954 1961 1969 1976	17,8 33,9 38,6 24,0
Germania	1953 1961 1969 1983	23,7 24,1 21,2 25,0			

hic et nunc al oricărei stări de boală, exprimat prin incidența acesteia, am realizat din diverse date, desigur disparate, un tablou al evoluției în timp a fenomenului suicidar.

Considerăm că această analiză diacronică este utilă nu numai sub aspect euristic, ci și din punct de vedere practic, din perspectiva organizării unor măsuri de ordin profilactic. Totodată, analiza tabelului ilustrează faptul că **prevalența suicidului** este relativ constantă pentru aceeași țară, evidențiindu-se însă mari diferențe de la o țară la alta. Această constatare confirmă asertiunea lui **E. Durkheim**, emisă la finele secolului trecut asupra condiției suicidare ca "funcție a culturii totale", conform căreia, pentru fiecare grup sociocultural, suicidul cunoaște o rată relativ constantă de-a lungul unei mari perioade de timp. În același timp se ilustrează că factorii sociali, deși atât de implicați în existența oamenilor, nu influențează în mod esențial rata fenomenului suicidar care, conform opiniei noastre, este determinată mai ales de factori personali semnificativi, predominant "endogeni", esențialmente psihopatogeni.

4. Supoziții etiologice asupra suicidului

Într-o măsură mai mare decât oricare alt fenomen al existenței, tocmai datorită caracterului său dramatic și aparent deliberat, suicidul ridică problema cauzelor care l-au favorizat sau, eventual, determinat. Deși în virtutea observațiilor efectuate considerăm că suicidarii prezintă întotdeauna o tulburare psihică evidentă, manifestă ori subclinică, inaparentă, admitem că această opinie exprimă **un punct de vedere** care nu este suficient pentru a delimita o cauză determinantă.

Totodată suntem convinși de faptul că în acest domeniu, ca dealtfel în ansamblul patologiei, supoziția etiologică este tributară unghiului sub care se analizează fenomenul, respectiv condiția patologică. Datorită acestui fapt studiile actuale avansează **supoziția etiologiei plurifactoriale a suicidului**, care include condițiile favorizante și situațiile conjuncturale, personale și ambientale, în care el s-a consumat. Polimorfismul acestor condiții și situații, larga lor dispersie, de la aspectele culturalo-economice la cele demografico-meteorologice, de la aspectele psihosociologice la cele medicale, impun o anumită sistematizare.

4.1. Factori socioeconomici.

Au fost frecvent invocați în etiologia suicidului întrucât s-a remarcat creșterea procentului actelor suicidare în perioadele de criză economică, de faliment și șomaj. Fără a stabili o relație cauzală simplă între declinul economic al unei perioade și fenomenul suicidar, autorii remarcă totuși că "suicidul este corelat cu o insecuritate economică" (**I. L. Dublin**, 1963, p. 788). Menționăm totuși că aceasta nu permite stabilirea unei corelații între statutul economic și rata suicidului, în sensul unei incidențe suicidare mai mari la persoane cu statut economic scăzut și invers. De fapt, nu starea economică precară sporește

rata suicidară, ci pierderea unui statut economic înalt sporește riscul suicidului, ceea ce confirmă aserțiunea conform căreia "trecerea de la bogăție la sărăcie mai curând decât sărăcia ca atare este aceea care tinde să promoveze sinuciderea printre cei susceptibili" (**W. Mayer-Gross** și col., 1969, p. 789).

4.2. Factorii psihosociologici.

Au fost implicați în etiologia fenomenului suicidar încă de la sfârșitul secolului trecut, când **E. Durkheim** (1897) a demonstrat că fenomenul de suicidație se află în strânsă corelație cu situațiile care slăbesc legăturile dintre ins și grupul său social. Astfel, sentimentul lipsei de importanță, al inutilității și nonapartenenței la grup, dar mai ales conștiința nonacceptării, îndepărtării sau excluderii din grup, favorizează în mare măsură fenomenul suicidar. Ca un argument al acestei supoziții se înscrie și observația conform căreia un mare număr de sinucideri se întâlnesc printre emigranți, mai ales în perioada de acomodare, de inserare sau în cadrul eforturilor de naturalizare. Dacă dificultățile integrării sociale favorizează suicidul, situațiile care facilitează integrarea, realizează, dimpotrivă, o profilaxie a acestuia; mai mult chiar, perioade critice din istoria unui grup social (ilustrate prin situații catastrofice ca incendii, inundații, invazii, războaie), au ca efect întărirea coeziunii membrilor săi, ceea ce, în virtutea conștiinței pericolului comun și a comunității de scop și acțiune, determină o scădere a incidenței suicidului.

În virtutea acestor considerente se poate estima că pierderea sentimentului de apartenență și comuniune socială, ca și dezinvestirea principiilor de conviețuire comunitară, poate constitui o cauză principală de autoliză; dimpotrivă, constanța criteriilor de coexistență reduce incidența suicidului în sensul că acesta "variază invers proporțional cu stabilitatea și durabilitatea relațiilor sociale" (**J. P. Gibbs**, 1958, p. 140).

Constatăm astfel că o analiză oricât de succintă a complexului sociorelațional suicidar conduce spre confirmarea inițialei aserțiuni durkheimiene conform căreia "sinuciderea variază în mod invers proporțional cu gradul de integrare în grupul social căruia individul îi aparține" (**E. Durkheim**, 1897, p. 209). Aceasta permite reținerea unei idei, a cărei valoare axiomatică nu a fost desmințită ci continuu confirmată, timp de un secol, în virtutea căreia rata suicidului variază în mod invers proporțional cu forța coezivă a sistemului relațional. Aceasta este una din principalele idei de suicidologie prin care **E. Durkheim** a deschis, în acest domeniu, calea studiilor de sociologie, fapt care i-a permis să stabilească între altele "nucleul sintezei bio-psiho-sociale actuale asupra suicidului" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2087).

În finalul acestui paragraf se impune o precizare determinată de criticile actuale asupra teoriilor lui **E. Durkheim** în domeniul suicidului, formulate în special de către **J. D. Douglas** (1967). În esență, acestea constau în faptul că observațiile lui **E. Durkheim** sunt tributare datelor statistice care, prin limitele lor nu permit generalizări cu valori de veridicitate, ignorând în același timp factori motivaționali cu mare grad de specificitate. În ceea ce ne privește, considerăm că **E. Durkheim** a acordat datelor statistice virtuți

etiologice prezentându-le ca explicativ-argumentative, suprainvestind valoarea lor care este aceea a unor elemente descriptive; astfel, ca și în cazul factorilor socio-economici (a căror deteriorare favorizează apariția manifestărilor suicidare) se consideră actualmente că nu atât valoarea statutului social, cât mai ales pierderea acestuia constituie un element predictiv-suicidar. Precizăm însă că limitele cercetărilor lui **E. Durkheim** predominant metodologice nu i-au influențat negativ concluziile care se dovedesc a fi actuale și veridice.

4.3. Patternul familial, statutul marital și fenomenul suicidar.

Studiile asupra acestui domeniu confirmă aserțiunile anterioare privind importanța factorilor psihosociologici și a condițiilor socio-economice în etiologia manifestărilor autolitice. Astfel, cercetările consemnează un consens asupra faptului că rata suicidului este mai mare la cei căsătoriți fără copii decât la cei care au copii, la cei care trăiesc singuri față de cei care au o familie; cu alte cuvinte, incidența suicidului sporește la cei aflați în situații care slăbesc responsabilitatea socio-familială și sfidează forța moral-voliționlă necesară unor perioade sau momente existențiale dificile. Acest fapt a fost în mod elocvent demonstrat printr-un studiu mai vechi efectuat de **P. Sainsbury** (1968) asupra statutului marital al unui grup de suicidari în cadrul căruia 40% nu aveau familie, iar alți 40% pierduseră prematur un părinte.

Studii recente asupra statutului marital al suicidarilor atestă faptul că rata suicidului la celibatari este dublă față de rata suicidului din populația generală, în timp ce persoanele rămase singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decât la loturile martor. Totodată, se consemnează faptul că în rândul persoanelor văduve riscul suicidar este de 3,8 ori mai mare la bărbați decât la femei.

Spre deosebire de studiile anterioare care nu făceau distincția între persoanele care trăiesc singure (celibatari) și cele rămase singure (văduvi) în privința ratei suicidului, cercetările noi consemnează că aceasta urmează o curbă net ascendentă de la cei cu familie la celibatari, de aici la văduvi iar în cadrul acestor categorii, de la femei la bărbați.

Cu privire la aceste constatări considerăm că se impun două precizări:

- incidența înaltă a sucidului la bărbații văduvi sau divorțați trebuie apreciată nu atât prin prisma reacției dramatice, fatale a acestora față de viața în afara unei familii proprii cât mai ales în contextul datelor epidemiologice suicidare, care prezintă valori superioare în rândul bărbaților;
- incidența superioară a suicidului în rândul persoanelor care trăiesc singure nu poate fi atribuită numai slăbirii suportului afectiv reprezentat de familie ci și faptului că printre aceștia se întâlnește un procent însemnat de bolnavi psihic care, în virtutea lor oferă o înaltă rată suicidară.

4.4. Asupra corelației dintre rasă, religie și fenomenul suicidar.

Studiile deceniilor trecute conform cărora albii ar prezenta o rată a suicidului de două ori mai mare decât nonalbii sunt supuse actualmente unor reevaluări întrucât s-a

constatat că "incidența suicidului la negri tinde spre egalizare cu aceea întâlnită în rândul albilor" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1777).

Unor reevaluări similare trebuie supuse și studiile privind diferențele între ratele suicidului la persoane ce aparțin unor religii diferite. Cele mai multe studii asupra acestui domeniu invocau o rată mai scăzută a suicidului la catolici, față de protestanți. Analizând conținutul dogmelor celor două religii, înțelegem că formulările anterioare asupra ratei suicidare erau a priori inteligibile, fără a constitui expresia unor studii reliabile. Tocmai de aceea, se consideră astăzi că afilierea la o anumită religie nu poate fi corelată cu incidența suicidului, ci numai gradul de integrare religioasă ar constitui un indice de corelație cu o rată mai scăzută a suicidului.

4.5. Influența factorilor meteorologici și cosmici asupra manifestărilor suicidare.

Starea vremii, presiunea atmosferică, altitudinea și anotimpul au constituit factori de corelație cu prevalența suicidului. Precizăm însă, că cercetările respective, bazate mai ales pe observații empirice și pe loturi slab reprezentative, nu au putut oferi observații valide, înalt reliabile. Astfel, numeroase studii relevă o creștere a frecvenței actelor suicidare în perioadele cu presiune barometrică scăzută, fără a corela observațiile cu alți factori psihopatogeni, cu atât mai mult cu cât, în civilizația noastră oamenii sunt marcați mai ales de situații frustrante și psihostressante decât de factorii meteorologici.

Cele mai multe studii indică faptul că suicidul înregistrează o ascensiune a curbei prevalenței toamna, observație ce poate fi corelată, desigur, cu scăderea presiunii atmosferice în acest anotimp, deși se ignoră că în aceeași perioadă are loc o creștere a incidenței depresiilor majore care, după cum este bine cunoscut, prezintă cel mai înalt potențial suicidar din întreaga patologie psihiatrică. Alte studii menționează însă faptul că "în timpul verii s-a constatat procentul cel mai mare de sinucideri" (**Șt. Nica-Udangiu** și **Lidia Nica-Udangiu**, 1982, p. 5; **V. Predescu** și col., 1983, p. 126). Totodată, în contrast cu supozițiile logice și cu observațiile empirice "momentul din an care a fost asociat cu o incidență medie ușor crescută a suicidului este primăvara" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2089).

Altitudinea a fost de asemenea incriminată în influențarea manifestărilor autolitice, studiile consemnând faptul că "în general, sinuciderile sunt mai numeroase în văile fluviilor, de-a lungul coastelor și scad în regiunile muntoase, forestiere" (**G. Deshaies**, 1947, p. 17) observație care nu a fost însă corelată cu densitatea populației din zonele amintite.

4.6. Gradul de urbanizare în etiologia manifestărilor suicidare.

Aceste elemente au fost corelate și deseori incriminate în favorizarea suicidului încă de la sfârșitul secolului trecut când **E. Durkheim** postula faptul că rata suicidului este mai redusă în mediul rural decât în cel urban. Această observație este constant

reluată, fiind fără echivoc menționată în cele mai multe studii, conform cărora "riscul de suicid este mai mare printre citadini decât în mediul rural" (**F. J. Ayd**, 1965, p. 131).

Considerăm însă că aserțiunea lui **E. Durkheim** ar trebui reevaluată pe baza unor studii reprezentative întrucât, observația sa, desigur reală, este o rezultantă a acțiunii altor factori autolitici, concurenți cu urbanizarea, dar mai specifici. Aceasta întrucât urbanizarea constitutie nu numai un factor de polarizare a valorilor umane, ci și al personalităților instabile și dizarmonice care oferă teren dezadaptărilor, ce sporesc la rândul lor rata sinuciderilor. În acest context menționăm că studii efectuate în ultimul deceniu asupra unor grupuri și categorii sociale bine delimitate, consemnează o ștergere a diferențelor între ratele suicidare urbane și rurale. La această observație de ordin general, se menționează și un aspect particular conform căruia "pentru vârstnici, rata suicidului a ajuns să fie mai mare în mediul rural decât în mediul urban" (**C. F. Schmid** și **M. Arsdol**, 1975, p. 279).

4.7. Statutul profesional și fenomenul suicidar.

Statutul profesional a constituit un factor de corelație, supus unor cercetări sporadice. Totuși, este cristalizată opinia conform căreia rata suicidului este mult mai ridicată la cei care nu au o profesie conturată sau al căror statut profesional nu este suficient de elevat sau bine asigurat. Pe de altă parte cercetări mai noi subliniază că pierderea statutului profesional constituie un factor important de sporire a riscului suicidar.

În privința evaluării interprofesionale a ratei suicidare se constată un consens al observațiilor conform cărora, în mod aparent surprinzător, profesia de medic prezintă cea mai înaltă rată a suicidului "medicii constituind grupul cu cea mai mare proporție de suicidari, estimată la mai mult decât dublul mediei" (**W. Mayer-Gross** și col. 1969, p. 790). Această observație este reluată în mod constant de cercetători, care menționează că "dintre toate profesiile, medicii ca grup prezintă una din cele mai înalte rate ale suicidului, acesta fiind răspunzător pentru mai mult de 3% din numărul total al deceselor la medici" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1777). Consemnându-se faptul că "în mod tradițional medicii ocupă primul loc în privința suicidului" se precizează că dintre medici, psihiatrii, oftalmologii și anesteziștii prezintă cel mai mare risc (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 705), în timp ce pediatrii se află pe ultimul loc în privința riscului suicidar din ansamblul specialităților medicale. În ordinea rangului suicidar, interprofesional, medicii sunt urmați de muzicieni și de juriști. Așa cum am mai avut ocazia să consemnăm (**G. Ionescu** 1981, p. 653), expectația elocventă și continuă asupra caracterului finit al existenței, ca și perpetua confruntare cu moartea, ar putea explica rata înaltă a manifestărilor suicidare în cadrul profesiunii medicale" (**G. Ionescu**, 1981, p. 653).

4.8. Suicidul în funcție de sex.

Spre deosebire de opinia empirică în virtutea căreia suicidul ar fi mai frecvent la femei, impresie indusă de procentul ridicat al tentativelor pe care acestea îl oferă, studiile

epidemiologice atestă în mod constant faptul că actele suicidare propriu-zise sunt mai frecvente la bărbați. Astfel, o revistă a literaturii privind incidența comparativă pe sexe a tentativelor de suicid indică faptul că raportul femei/bărbați este de 3/1. Menționăm însă că acest raport nu este constant, ci variabil în funcție de vârstă; astfel, sub vârsta de 20 ani raportul tentativelor de suicid dintre femei și bărbați este de 10/1, după care prezintă o scădere continuă, pentru ca numai în decada 41-50 ani, acest raport să ajungă la 3/1.

Dacă în linii generale se consideră că numărul tentativelor este de trei ori mai mare la femei decât la bărbați, în privința suicidului realizat raportul este inversat, el fiind de 1/3. O analiză retrospectivă asupra evoluției acestui raport indică faptul că el a înregistrat în ultimele decenii o reducere progresivă; astfel, în urmă cu trei decenii el era mai net reprezentativ pentru bărbați, fiind estimat la 4-5/1 (**M. Roth, J. D. Morrisey**, 1952). După aproximativ un deceniu raportul înregistrează o reducere apreciabilă, valoarea lui fiind de 3/1 (**L. I. Dublin**, 1963, **L. Michaux**, 1965). Această diferență este redată și de studii mai mari, conform cărora "bărbații comit suicidul de trei ori mai frecvent decât femeile" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2085) deși cercetări efectuate în Japonia și Israel indică o reducere a raportului la 1,4/1, fapt ce anulează aserțiunea mai veche conform căreia "suicidul este un mod de reacție masculină". (**F. J. Ayd**, 1965, p. 131). În ceea ce privește incidența cea mai înaltă a suicidului în funcție de sex, se apreciază că "la bărbați frecvența maximă a suicidului se întâlnește după 45 ani iar la femei după 55 ani" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2085) acest fapt evidențiind în opinia unor clinicieni, "semnificația crizei de la mijlocul vieții" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 706).

În vederea obținerii unei imagini mai elocvente asupra prevalenței transculturale a suicidului în funcție de sex am ales decada 1954-1963 pentru care am găsit cele mai complete date epidemiologice, pe care le-am înscris în următorul tabel:

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori		Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	
		B	F			B	F
Anglia	1954 1963	18,5 18,3	9,5 12,2	Noua Zeelandă	1954 1963	19,9 18,0	7,1 9,0
Australia	1954 1963	21,9 27,0	7,7 12,2	Scoția	1954 1963	10,7 15,2	4,6 8,1
Finlanda	1954 1963	43,6 47,7	9,9 12,3	Suedia	1954 1963	35,2 32,0	10,7 11,6
	1954 1963	32,0 32,3	9,4 10,0	U.S.A.	1954 1963	22,8 24,0	5,9 7,7
	1954 1963	33,7 33,3	15,1 16,2				

Analiza datelor privind prevalența comparativă a suicidului la cele două sexe ne oferă prilejul de a evidenția două aspecte și anume:

- dacă în anumite țări raportul amintit de 3/1 se menține, în altele (printre care menționăm Anglia, Australia, Germania, Noua Zeelandă, Scoția) el tinde să devină tot mai redus, evoluând spre o concordanță a ratei suicidului între cele două sexe;

- această scădere a raportului are loc prin creșterea constantă a incidenței suicidului la femei în timp ce, la bărbați, această creștere este slab semnificativă, înregistrând chiar o scădere, semnalată în Anglia, Germania, Noua Zeelandă, Suedia etc.

4.9. Prevalența actelor suicidare la pacienții cu afecțiuni medico-chirurgicale.

Studiile asupra acestei probleme consemnează faptul că în antecedentele suicidarilor afecțiunile somatice au fost estimate într-o proporție relativ redusă, de 20/100.000 (**C. P. Seager** și **R. A. Flood,** 1965) sau de 40/100.000 (**P. Sainsbury**, 1967) cifre care nu depășesc în mod semnificativ rata suicidului din populația generală. Totuși, alte cercetări (**T. Dorpat** și col., 1968) indică faptul că 70% din suicidari prezentau afecțiuni somatice, acute sau cronice, iar în aproximativ 40% din cazurile de suicid consumat, boala somatică ar fi jucat un rol determinant. În același sens pledează și alte studii cărora "disperarea determinată de o boală incurabilă figurează ca cea mai frecventă cauză a suicidului" (**P. S. Gelhot** și **S. S. Nathawat**, 1983, p. 274). Pe de altă parte se subliniază faptul că îngrijirea medicală anterioară nu corelează pozitiv cu manifestarea suicidară întrucât "42% dintre suicidari au beneficiat de îngrijiri medicale în proximele 6 luni dinainte de moarte" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock,** 1983, p. 705).

Printre condițiile medicale care cunosc o rată suicidară superioară sunt consemnate afecțiunile asociate cu algii cronice, cu malformații și desfigurări sau cu deficiențe motorii.

Menționăm că studiile privind prevalența manifestărilor suicidare la bolnavi cu afecțiuni medicale nu fac o distincție între antecedentele somatice ale suicidarilor și condiția somatică imediată care a influențat în mod direct actul suicidar. În virtutea unor observații și informații, desigur limitate, considerăm că:

- incidența înaltă a afecțiunilor somatice în antecedentele suicidarilor nu exprimă ipso facto o corelație pozitivă a acestor antecedente cu suicidul, deși rata cea mai înaltă a suicidului se întâlnește în cea de-a șaptea decadă a existenței, vârstă la care cele mai multe persoane prezintă o incidență superioară a afecțiunilor somatice, acute sau cronice;

- în privința rolului determinant al unei afecțiuni somatice severe în etiologia suicidului menționăm că din datele statistice ale secțiilor de neurologie și neurochirurgie din Spit. **Dr. Gh. Marinescu** din ultimele două decenii nu se consemnează acte suicidare la pacienți cu boli somatice grave, profund invalidante sau cu prognostic infaust. Aceasta dovedește că o afecțiune somatică severă, cu serios risc **ad vitam** nu determină o exacerbare a pulsiunilor suicidare cât mai degrabă o tendință de depășire a acesteia și de supraviețuire. Totuși când este vorba de afecțiuni neoplazice sau de persoane vârstnice

cu afecțiuni somatice, riscul suicidar sporește, fapt ce trebuie avut în vedere de omnipractician sau de specialistul somatician.

4.10. Asupra supoziției ereditare în manifestările suicidare.

Concepția genetică asupra manifestărilor suicidare a înregistrat în ultima vreme modificări radicale; astfel în timp ce autorii clasici (**Magnan, Regis**) apreciau suicidul "ca un viciu ereditar", cercetătorii moderni, bazați desigur pe o riguroasă analiză clinică, constată dimpotrivă, că nu există probe care să ateste implicații ereditare în manifestările suicidare. Această divergență a opiniilor se datorește faptului că factorii ereditari nu determină pulsiunea sau tendința suicidară, ci favorizează apariția unor afecțiuni psihice care prezintă un anumit potențial suicidar. Numai în acest context poate fi înțeleasă afirmația după care "suicidul este mai frecvent la persoane care au în familie o istorie de suicid, tentative sau suicid real" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 705). Ipoteza care preconizează natura ereditară a suicidului fiind nerealistă trebuie acordat credit aserțiunii conform căreia, "o ereditate psihiatrică încărcată mărește riscul de suicid" (**A. Lauriers**, 1963, p. 3056) fapt confirmat mai ales în cazul acelor afecțiuni psihiatrice care prezintă serioase componente genetice. Astfel, "în măsura în care depresia bipolară este determinată genetic și rata suicidului în acest grup nozografic este mai mare, relația fiind în acest mod confirmată" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2089). Nu trebuie omis însă faptul că această relație este nu numai mediată ci și "determinată" de depresie. Se înțelege că în această analiză nu trebuie înscrise situațiile în care existența unui suicid în antecedentele heredo-colaterale ale unei persoane poate constitui un element psihotraumatizant perpetuu, instituindu-se într-un factor suicidogen exogen.

5. Aserțiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice

Fără îndoială că primele supoziții patogenice științifice asupra suicidului aparțin psihologiei dinamice. Astfel, conform teoriei psihanalitice, suicidul ar reprezenta "ultima formă" a ostilității inconștiente, orientate asupra obiectului iubit introectat, care, este văzut și considerat în mod ambivalent. Deci suicidul ar constitui "o crimă la 180 grade" fapt preconizat încă de **S. Freud** (1917) care manifesta rezerve asupra faptului că ar putea exista un suicid în afara dorinței, "precoce reprimată" "de a omorî" pe cineva.

Principalul teoretician psihanalist al suicidului, **K. Menninger**, consideră că pulsiunile ostile în suicid ar fi de trei categorii sau, mai bine spus, ar prezenta trei orientări. Astfel, în viziune psihodinamică, tripticul pulsional suicidar ar cuprinde: dorința de a ucide, dorința de a fi ucis și dorința de a muri.

Subliniind faptul că supoziția patogenică psihanalitică asupra suicidului a fost construită pe baza analizei manifestărilor autolitice ale pacienților depresivi endogeni

pentru care își regăsește o serioasă confirmare, precizăm totuși că "un mare număr de pacienți suicidari nu ilustrează psihodinamica clasică asociată cu depresie, după cum, mulți pacienți depresivi nu sunt suicidari" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 706).

Tocmai datorită inconstantei confirmări a teoriei psihanalitice asupra manifestărilor suicidare, **G. Zilboorg** (1937) a prezentat o teorie mult mai cuprinzătoare asupra patogeniei suicidului, completând dinamica pulsională suicidară cu mobiluri ale lumii externe. În plus, el avansează un punct de vedere original care, conform observațiilor noastre își găsește o deplină confirmare și anume că, alături de puternica ostilitate inconștientă, suicidarul prezintă "o neobișnuită incapacitate de a iubi pe alții".

Aceeași insatisfacție față de caracterul unilateral al teoriei psihanalitice a suicidului este evidențiată și în studiile lui **R. E. Litman** (1965). Pe baza "experiențelor clinice", el consideră că psihodinamica suicidului nu se reduce la ostilitate, numeroși alți factori fiind incluși în patogenia fenomenului. Printre aceștia, autorul include "trăsături generale ale condiției umane specifice civilizației occidentale", ca și "mecanisme predispozante particulare" în care include anxietatea, culpabilitatea, ca și furia, disperarea, neajutorarea etc. În același timp, **R. E. Litman** postulează existența unei pulsiuni autolitice profunde și individuale care însă, în imensa majoritate a cazurilor este controlată și depășită prin "identificări sanogenetice", "defense ale ego-ului" și "deprinderi constructive de a trăi și de a iubi". Distrugerea acestor mecanisme interne cu virtuți profilactice poate determina apariția manifestărilor autolitice.

6. Caracteristici ale suicidului în funcție de vârstă

Nu numai rata suicidului este diferită de la o vârstă la alta, ci și mobilurile, semnificațiile și chiar mijloacele de realizare cunosc aspecte particulare, chiar specifice, diverselor etape cronologice.

6.1. Suicidul la vârsta copilăriei cunoaște o slabă incidență mai ales în prima decadă de existență; totuși, studiile de specialitate citează cazuri de suicid începând încă de la vârsta de 3-4 ani, deși considerăm că acestea au un caracter involuntar și irațional. Într-adevăr, la vârsta preșcolarității, copiii nu au conștiința morții, cunoștințele și concepțiile lor asupra acestui fenomen fiind parțiale și confuze. De cele mai multe ori, pentru copil moartea nu semnifică înlăturarea vieții, ci doar anularea sau negarea momentului respectiv, trăit în mod afectiv-negativ. Alteori, suicidul are o valoare ludică, realizându-se printr-un act imitativ sau de identificare cu o persoană investită afectiv, care a murit ori s-a sinucis. Dacă aceste elemente sunt incriminate în etiopatogenia suicidului la copilul mic, factori de ordin psihogen favorizează actul suicidar al copilului mare; astfel, situații puternic psihotraumatizante sau frustrante, lipsa de sprijin afectiv ca și elemente de răzbunare pot realiza ceea ce putem numi suicid reactiv, caracteristic suicidului întâlnit la copilul mare.

Cu toate că suicidul la copil pare a avea un caracter aleator, insuficient sau formal motivat, realizării sale fiindu-i inerent elementul întâmplător, se consideră că "multă vreme a fost subestimată ideea de moarte la copil"..., el cunoscând angoasele și obsesiile morții încă de la vârsta de 7-8 ani" (**E. Morin**, 1976, p. 39).

6.2. Suicidul la adolecență și tinerețe realizează un salt impresionant ca frecvență, în perioada 15-19 ani fiind de 6-7 ori mai des întâlnit decât la vârsta copilăriei. Această creștere a incidenței își continuă curba ascendentă în tinerețe, când "pragul suicidar de trei ori mai mare între 20-24 ani față de perioada cuprinsă între 15-19 ani" (**F. J. Ayd**, 1965, p. 131). În aceste condiții, "rata suicidului sub 18 ani este de 14,6% iar în perioada 18-30 ani de 44,2%"(**P. S. Gelhot** și **S. S. Nathawat**, 1983, p. 275), ceea ce face ca mai mult de jumătate din cazurile de suicid să se consume înaintea vârstei de 30 de ani.

Principalele cauze ale suicidului în această perioadă constau în perturbarea echilibrului psihic prin transformările hormonale ale pubertății, dar mai ales în debutul unor psihoze și în special a schizofreniei, factori care determină creșterea spectaculară a procentului cazurilor de suicid. În aceste condiții, actul suicidar poate apare ca un prim simptom al psihozei discordante, ori ca manifestare critică impusă de conținutul halucinațiilor și delirului. Alteori, suicidul tinerilor și adolescenților are un caracter reactiv, fiind ocazionat de situații psihotraumatizante, frustrante, psihostressante, de sancțiuni nemeritate sau disproporționate, ca și de eșecuri școlare etc. Astfel, dificultățile întâmpinate în asimilarea cunoștințelor, complexele de inferioritate și culpabilitate determinate de eșecurile școlare contribuie la creșterea suicidului printre elevi și studenți. Datorită acestor factori, rata manifestărilor suicidare la aceste grupuri de tineri este de două ori mai mare față de loturile de martor, actul suicidar fiind înscris ca "a doua cauză de deces la liceeni" (**M. Ross**, 1970, p. 94).

Menționăm de asemenea că, spre deosebire de vârstnici, la care actul suicidar este elaborat, relativ organizat și mai mult sau mai puțin elocvent anticipat, la tineri, suicidul este, în general, nedeliberat, impulsiv, având un caracter brusc, eventual imperativ.

6.3. Suicidul la vârsta maturității este determinat de cele mai multe ori de o boală psihică. Astfel, dacă în adolescență și tinerețe situațiile psihotraumatizante și în general factorii exogeni jucau un rol preponderent, acum, în etiologia suicidului se înscriu mai ales factorii endogeni, psihozele, ca și manifestările psihotice ale diverselor condiții clinice, figurând drept primă cauză de autoliză; dintre acestea, în cea de-a treia decadă de vârstă predomină manifestările discordante, pentru ca, în cea de-a patra decadă a vârstei, în prim-planul factorilor etiologici să apară stările depresive și delirante. Tot în această perioadă, stările confuzionale, ca și tulburările senzoriale psihotice, halucinatorii, care apar pe fondul alcoolomaniei și toxicomaniilor, își aduc contribuția la sporirea ratei manifestărilor autolitice.

6.4. Suicidul la senescență cunoaște o ridicată amplitudine a curbei de incidență, întrucât numeroși factori, endogeni și exogeni, de ordin psihosocial, se înscriu într-o acțiune convergentă, de slăbire a forțelor sanogenetice și a elanului vital. Studiile efectuate asupra suicidului la vârsta involuției au evidențiat faptul că punctul maxim al actelor

suicidare se situează "în jurul vârstei de 65 ani, când atinge un procent de 40/100.000 locuitori pentru bărbați și 20/100.000 pentru femei" (**W. Mayer-Gross** și col. 1969, p. 789), cunoscând apoi o scădere, care, în jurul vârstei de 80 ani ajunge la 10/100.000.

Spre deosebire de tineri, la care, așa cum am mai subliniat, suicidul are un caracter nedeliberat, intempestiv, fiind de cele mai multe ori reactiv, la vârstnici actul suicidar implică anumite caracteristici de organizare și programare. Astfel, cu mult înaintea inițierii actului de autoliză, virtualul suicidar face "ordine" în treburile sale, "rezolvă" problemele insuficient clarificate și anunță, în mod deschis, ori disimulat sau aluziv, intențiile sale de suicid.

7. Asupra evoluției mijloacelor de realizare a suicidului

Din varietatea extremă a mijloacelor de autoliză, alegerea la care recurge suicidarul este determinată de numeroși factori, printre care menționăm: eficacitatea, rapiditatea, ușurința execuției, imitația, caracterul indolor al actului, spectaculozitatea, păstrarea aspectului fizic și a integrității corporale etc. Totuși, considerăm că mijlocul utilizat este, în ultimă instanță, determinat de semnificația suicidului, pe de o parte, și de starea psihică a persoanei în momentul acțiunii suicidare, pe de altă parte. Tocmai de aceea, se presupune, nu fără un anumit realism, că eficacitatea mijlocului ales ilustrează autenticitatea tentativei suicidare.

În cazul manifestărilor autolitice reiterate este cunoscut faptul că atunci când prima tentativă autentică a fost eșuată, pentru a doua se recurge la o modalitate mai sigură, mai directă, mai nedisimulată; de asemenea, se știe că bărbații se sinucid "într-un mod mai violent decât femeile" (**A. Hordern** și col. 1965, p. 9) ceea ce concordă cu procentul mai mare de tentative reușite la aceștia. În privința gradului de fermitate asupra hotărârii de suicid trebuie reținut totuși faptul că "nu se poate stabili apriori un raport între alegerea mijlocului suicidar și autenticitatea dorinței" (**M. Quidu**, 1965, p. 2).

În mod tradițional se consideră că principalele mijloace autolitice sunt traumatice (în special defenestrare și împușcare), asfixice (inhalarea de gaze, submersie, strangulare) și toxice (ingestia unor substanțe, deseori medicamentoase, în special neuroleptice). În cel mai cuprinzător studiu privind mijloacele folosite în 32.000 acte suicidare consumate, **J. Hirsch** (1960) prezintă procentele în care au fost folosite principalele procedee: 30% inhalarea de gaze, 20% strangulare, 16% aruncare de la etaj, 13% ingestie de substanțe toxice, 8% împușcare etc. Din aceste date, ca și din numeroase alte studii se constată că în deceniile trecute peste 50% din actele suicidare se realizau prin inhalarea de gaze și strangulare, mijloace care au cedat treptat locul ingestiei substanțelor medicamentoase. Astfel, pe o perioadă de aproximativ un deceniu, "utilizarea barbituricelor în scop suicidar a crescut de 15 ori" (**A. Hordern**, 1965, p. 9) pentru ca, în prezent, ingestia substanțelor medicamentoase în doze toxice să constituie "mijlocul cel mai frecvent de suicid, fiind consemnat în 30% din cazurile cercetate" (**P. S. Gelhot, S. S. Nathawat**, 1983, p. 275).

8. Problematica psihologică a fenomenului homicidar

Definit ca actul de provocare directă a morții unei ființe umane de către altă ființă umană, homicidul nu este încă distins de crimă și de asasinat. Într-adevăr, din definiția amintită, în mod constant reluată în studiile de specialitate, actele homicidare nu sunt diferențiate de crime și asasinate. Aceasta întrucât, definind crima ca un homicid voluntar, deliberat și utilitar (**Ch. Bardenat**, 1965, p. 264) și delimitând asasinatul prin caracterul său premeditat, nu se realizează decât extinderea exagerată a sferei noțiunii de homicid care ar include aceste două condiții. Cu toate că în cazul actelor homicidare pot fi întâlnite atât aspecte deliberate cât și premeditate, considerăm că distincția dintre cele trei condiții trebuie să comporte ca prim criteriu fondul psihic, în sensul că homicidul, deși apare uneori ca deliberat și premeditat, constituie expresia unei stări psihopatologice, ceea ce îl distinge de crimă și asasinat care, fiind făptuite de persoane considerate sănătoase din perspectiva criteriilor nosografice, sunt condiții sau spețe juridice.

Expresie a unei stări psihopatologice, actele homicidare sunt rareori **extrafamiliale** și mai ales **intrafamiliale**, fiind orientate asupra părinților (**paricid**), respectiv asupra tatălui (**patricid**) sau a mamei (**matricid**), ori asupra fratelui (**fratricid**), sorei (**suroricid**), soțului (**uxoricid**) sau copilului (**infanticid**). În varianta sa extrafamilială, homicidul este deseori orientat asupra unor înalte personalități, bine cunoscute în plan sociocultural, situație în care poartă numele de **magnicid**.

8.1. Supoziții asupra etiopatogeniei homicidului.

Datând de la constituirea primului nucleu familial homicidul este întâlnit în mitologiile păgâne care, necunoscându-i cauzele, îl explicau prin "fatalitate" sau "mister". În mod paradoxal, religia creștină a căutat să acorde homicidului o explicație raționalistă, invocându-i drept cauze gelozia, umilirea și frustrarea.

Etiopatogenia manifestărilor homicidare se află încă sub incertitudinea supozițiilor, cea mai argumentată dintre acestea aparținând psihologiei dinamice. Într-adevăr, numeroase studii asupra homicidului și în special cele din rândul tinerilor și adolescenților (**A. Ochonisky**, 1963, **M. Briguet-Lamarre**, 1969 și altele) explică fenomenul din perspectivă psihodinamică, insistând asupra "caracterului arhaic al raporturilor dintre subiect și părinți" și "deficienței principiului realității". Această supoziție patogenică nu este întotdeauna acceptată, uneori fiind respinsă cu vehemență "întrucât nu putem admite postulatul apriori al naturii criminale a ființei umane,...acest pervers polimorf încă de la naștere, așa cum îl vrea **Freud**" (**M. Schachter**, 1974, p. 276).

Din aceste considerente, alte studii (**D. H. Russell**, 1965; **J. W. Duncan** și **G. M. Duncan**, 1971; **M. Schachter**, 1974) explică fenomenul homicidar dintr-o mai largă perspectivă, acordând atenție "condițiilor mesologice", conflictelor și tensiunilor psihice determinate de elemente conjuncturale. Adoptând acest punct de vedere și bazându-se

și aspecte psihice normale, care ar constitui expresia caracterului deliberat, garantul volițional și implicit constituțional al tentativei suicidare.

Antimedicale, astfel de opinii sunt totodată antiumane și amorale; în plus, considerăm că ele sunt și neștiințifice, întrucât, în imensa majoritate a cazurilor, pulsiunea suicidară se manifestă numai în anumite și foarte scurte momente care nu sunt caracteristice ansamblului atitudinal, bazal, al insului. Mai mult chiar, ca dovadă a caracterului efemer al pulsiunii suicidare este faptul că cel în cauză, împiedicat ori salvat de la actul suicidar este surprins că în momentul respectiv a fost animat de astfel de pulsiuni autodistructive. Tocmai de aceea, în legătură cu caracterul episodic al pulsiunii suicidare, ca și cu fenomenul suicidar în sine, "psihiatrii sunt sfătuiți să desconsidere total pe cei care scriu cu naivitate despre drepturile persoanei de a comite suicidul, ca și cum persoana suicidară ar fi un bolnav cronic și univalent autodistructiv" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1780).

9.2. Implicațiile sociofamiliale privind acțiunile suicidare.

Încheierea intempestivă deși formal-voluntară a cursului vieții unei persoane surprinde în cel mai înalt grad pe membrii grupului său sociofamilial. Surpriza lor este cu atât mai mare cu cât aceștia nu au posibilitatea sesizării elementelor psihopatologice ale personalității celui în cauză, fiind orientați în mod univoc asupra analizei eventualilor factori conjunctural situaționali. Întrucât în această arie nu se constată motive evidente, semnificative pentru a explica actul autolitic, sunt create premisele unei analize empirice a supozițiilor etiologice care, în mod treptat, sunt transfigurate și redate ca explicații pretins veridice. Caracterul exogen al supozițiilor și explicațiilor constituie totodată elementul primordial, germenele apariției și dezvoltării culpabilităților. În felul acesta, deși îndeobște considerat act autoagresiv, suicidul este în același timp și un act heteroagresiv, întrucât depășește limitele propriei persoane, având implicații directe sau mediate asupra membrilor grupului sociofamilial.

Se apreciază că pe lângă implicațiile sociofamiliale generale, "majoritatea fenomenelor suicidare sunt evenimente diadice...expresie a tensiunilor între două persoane apropiate și foarte bine cunoscute reciproc" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1779). Alți cercetători (**A. Toynbee**, 1968) consideră că însăși moartea prezintă un aspect diadic întrucât, alături de persoana care moare, există grupul familial, marcat de pierdere și suferință care, sub aspect psihologic nu trebuie neglijat.

Uneori, caracterul diadic al fenomenului este subliniat prin scrisorile sau declarațiile suicidarului, caracterizate prin ambiguitate, explicații justificatoare sau chiar agresivitate, care pot constitui obiectul unor cercetări sau anchete judiciare. Dar nu atât prin scrisorile lăsate celor apropiați, cât mai ales prin semnificația sa, suicidul are un caracter adresativ, de comunicare, desigur simbolică, în primul rând afectivă. Vorbind în limbajul dragostei sau al urii, suicidarul vizează pe ceilalți, actul său dramatic fiind apreciat (sub unghiul psihologiei dinamice), ca o acută "chetă afectivă". Din punct de vedere se consideră că numeroase manifestări suicidare, și în primul rând tentativele de suicid, au scopul de a

schimba atitudinea persoanelor semnificative din jurul celui în cauză.

Implicațiile sociofamiliale ale actelor suicidare comportă totodată valențe morale și juridice, întrucât "cel care comite un suicid plasează o grea povară emoțională asupra celorlalți" (**H. L. P. Resnik**, 1972, p. 167), iar după alte opinii "suicidul impune cel mai mare stigmat asupra celor care rămân" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1780). Menționăm totodată faptul că uneori, aceste implicații se exercită asupra mai multor generații, existența unui suicid ridicând semne de întrebare pentru descendenți, față de care se emit prezumții explicative, pretins evocatoare. Sub acest aspect, componenta etică a suicidului prezintă și o valență juridică întrucât, cei apropiați, la rândul lor, au dreptul de a nu fi culpabilizați, în legătură cu actul autolitic, fatal, al unui membru al grupului familial.

10. Aspecte ale responsabilității profesionale și juridice în fața actelor autolitice

Dacă în fața evoluției inexorabile spre exitus a unei afecțiuni somatice, medicului, constrâns de limitele științei sale, i se invocă responsabilități morale, în fața suicidului, acestea îmbracă aspecte profesionale și deseori juridice. Aceasta întrucât în condițiile actuale, problematica suicidului aduce interogații nu atât științei medicale și competenței, cât mai ales cunoașterii bolnavului și asistenței.

Investigarea fenomenologiei suicidare, ca și instituirea tuturor precauțiilor și măsurilor profilactice necesare, constituie una din cele mai înalte obligații profesionale, iar "când un pacient psihiatric a comis suicidul, medicul trebuie să-și analizeze propriul său rol în acest act...reconsiderându-și propria competență profesională" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2096). Cu toate că, în practica psihiatrică îndelungată suicidul este considerat ca inevitabil, se vorbește de o "regulă operantă" conform căreia "dacă un psihiatru pierde prin suicid mai mult de un pacient la doi ani, el trebuie să se consulte cu colegi mai experimentați asupra patternului activității sale profesionale" (**ibidem**).

Sub aspectul reglementărilor juridice privind responsabilitatea civilă a cadrelor medicale, ca și al instituțiilor de sănătate referitoare la manifestările suicidare ce au avut loc în timpul spitalizării cât și după externare, diferențele sunt tot atât de mari ca și cele ce privesc responsabilitatea persoanei suicidare. Ea se extinde de la "obligația medicului de a proteja pacientul față de tendințele sale autodistructive" până la responsabilitatea asigurării depline a supravegherii, întrucât "suicidul datorat defectului acestei supravegheri poate fi calificat ca neglijență profesională și pedepsit de legea asupra homicidului prin imprudență" (**F. J. Ayd**, 1965, p. 139). Așa cum s-a mai menționat, în contrast cu acest punct de vedere larg acceptat sub aspect judiciar dar și social, în unele state se analizează "culpabilitatea persoanelor care împiedică un act suicidar și prin aceasta încalcă drepturile celui ce face tentativa" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 709).

Cu toate acestea, în majoritatea țărilor și mai ales în cadrul instituțiilor medicale, responsabilitatea civilă a personalului de îngrijire are în vedere nu numai suicidul

consumat, realizat, ci se extinde și asupra invalidității pacientului salvat. Astfel, într-un studiu de urmărire privind acțiunile judiciare împotriva cadrelor medicale care au avut în tratament pacienți cu manifestări suicidare, sunt citate "13 din 39 cazuri în care acțiunea a fost intentată de victimă, pentru rănile căpătate cu ocazia tentativei" (**P. Deschamps**, 1983, p. 476). În astfel de situații, deși internați în spital, pacienții refuză să atribuie bolii propriile lor acte suicidare; aceasta cu atât mai mult cu cât, la data intentării acțiunii judiciare, ameliorarea lor este atât de netă, încât cele mai profunde pulsiuni autolitice, odată îndepărtate, sunt considerate inauntentice, străine persoanei lor.

Desigur, cele mai multe acțiuni judiciare sunt intentate de către membri ai familiei, invocându-se prejudiciul moral determinat de pierderea victimei, ca și compensarea sprijinului financiar acordat de aceasta. Incidența acestor acțiuni judiciare este variabilă, în funcție de numeroși factori printre care informațiile juridice ale populației, contextul sociocultural, precum și condițiile în care s-a consumat actul suicidar, fiind consemnate într-un caz din cinci. (**D. A. Schwartz** et al., 1975) sau într-un caz din zece (**S. W. Cale** et al., 1980).

Familiile care intentează acțiuni judiciare împotriva cadrelor medicale sau a personalului ce asigură asistența nu pot concepe cum, "în condițiile actuale", instituțiile medicale, să nu poată realiza o profilaxie deplină a actelor suicidare. Totuși, pentru ca medicul să poată fi făcut responsabil de actul suicidar al pacientului său, trebuie să se dovedească faptul că tentativa acestuia era logic previzibilă și în mod obiectiv evitabilă. În această analiză se ține seama atât de natura afecțiunii, de comportamentul pacientului în spital și dinainte de spitalizare, cât și de "anumite semne perceptibile" (**A. Nadeau, R. Nadeau**, 1971), pentru a se putea face o evaluare obiectivă a previzibilității tentativei. Cu toate acestea, prin "autopsia psihologică" a actelor suicidare se constată că "cel puțin aparent, faptele pledează în favoarea lacunelor în supravegherea victimei sau a erorilor în aprecierea riscului suicidar" (**P. Deschamps**, 1983, p. 478).

11. Măsuri profilactice și programe terapeutice în manifestările autolitice

În ultimele două decenii măsurile de profilaxie a suicidului s-au concretizat în crearea unor "centre de prevenție a suicidului", încadrate cu personal calificat, în care psihologilor și psihiatrilor le revine un rol important, unanim acceptat. Desemnate în mod semnificativ prin "numărul încrederii" (la Praga), "numărul speranței" (la Brno) etc., aceste centre recepționează orice apel telefonic al unei persoane aflate în impas, anxietate sau insecuritate. Axate pe "intervenția în criză" aceste formațiuni psihomedicale au posibilitatea de a oferi "un mijloc de ușurare a tensiunii, de înlăturare a sentimentului singurătății sau chiar o informație celui care nu știe cui să se adreseze pentru problemele sale" (**R. Konecinîi, M. Bouhal**, 1974, p. 360).

Deși se admite că prin intervențiile în situații psihologice "de limită"s-a acordat

asistența necesară unui număr important de persoane cu ideație și conduită suicidară, în mod concret, centrele amintite " nu fac mai mult decât să diminueze o criză acută" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 710). Totodată nu trebuie omis faptul că multe din apelurile primite nu sunt total justificate, că se solicită intervenția pentru situații și probleme minore dar supraevaluate, întrucât persoanele autentic suicidare, care solicită intervenții de salvare, "reprezintă numai 10% din totalul apelurilor telefonice" (**ibidem**). Totuși, prin intervenția acestor centre, persoanelor acut suicidare li se asigură o cât mai urgentă internare, fapt unanim apreciat ca o acțiune terapeutică "esențială".

11.1. Măsurile de spitalizare ale persoanelor suicidare.

Acestea sunt fără echivoc invocate și în mod unanim indicate, "periculozitatea pentru sine constituind o indicație clară privind internarea involuntară în toate statele" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2093). În unitățile sanitare destinate internării acestor persoane există condiții specifice de spitalizare, menite să împiedice punerea în aplicare a intențiilor și pulsiunilor suicidare. În afara acestor condiții, care constituie expresia unui ansamblu de precauții, nu trebuie omis faptul că "succesul se bazează pe activitatea asistentelor, responsabile de observarea continuă a pacienților" (**Ibidem**, p. 2094).

În cadrul spitalizării, au fost elaborate în ultimii ani programe terapeutice care includ măsuri de asistență relativ specifice, în funcție de riscul manifestărilor autolitice. Unii clinicieni vorbesc chiar de un "statut de risc suicidar" care, la rândul său, poate fi crescut, moderat sau scăzut, având drept consecință terapeutică programe SOS_1, SOS_2 sau SOS_3 care cuprind criterii și măsuri de asistență diferențiată. Dacă în prima etapă terapeutică , scopul oricărui program este acela de a asigura pacientului o riguroasă asistență chiar printr-o continuă prezență a unui membru al echipei de îngrijire, ulterior măsurile terapeutice sunt orientate spre reducerea izolării prin creșterea stimulării sociale și inițierea reintegrării.

11.2. Problematica predicției suicidului.

Insuficiența măsurilor de profilaxie a suicidului ca și caracterul sumar și superficial al examinării bolnavului suicidar sunt nu numai invocate, ci și ilustrate prin observații clinice și date epidemiologice. Astfel, este cunoscut faptul că peste 2/3 din bolnavii care s-au sinucis au comunicat, înainte de a recurge la realizarea actului, ideile și intențiile lor de suicid; totodată, un procent asemănător de bolnavi suicidari se aflau sub control medical, cea mai mare parte dintre aceștia fiind consultați de medic în săptămâna care a precedat suicidul, fără a se fi instituit vreo măsură profilactică. Toate aceste observații impun un examen atent și de înaltă responsabilitate profesională oricărui pacient cu ideație suicidară, analizându-se valoarea semiologică și semnificația acesteia.

11.2.1. Indicii și semnale ale intenției suicidare.

Ideea analizei indicatorilor și predictorilor suicidari are ca premisă raționamentul conform căruia "dacă comportamentul suicidar este un proces care se dezvoltă în individ,

rezultatul acestui proces ar trebui să fie posibil de prezis" (**J. Beskow**, 1983, p. 58). Totodată, autorul prezintă un așa-numit "**sindrom presuicidar**", ilustrat clinic prin "suferința psihică, sentimente de inferioritate și depresie, agresivitate față de scopuri, neajutorare și disperare, dorința de a trăi și de a muri în același timp, tendința de a lăsa decizia la voia destinului, îngustarea câmpului conștiinței...comunicare semiconștientă a ideilor suicidare" (**ibidem**). De asemenea, în evaluarea riscului suicidar trebuie să se acorde atenție schimbării atitudinilor bolnavului, prin cunoașterea "orientărilor sale habituale, comparativ cu orientările din momentul respectiv" (**E. S. Shneidman**, 1976, p. 1778). În acest context, autorul consideră că pot fi depistați "indici prodromali ai suicidului în care el include elemente ce implică un anumit grad de schimbare.

De fapt, la o analiză psihologică a unei persoane ce prezintă potențialități suicidare, constatăm întotdeauna elemente de schimbare. Aceasta poate fi observată atât sub aspecte structurale cât și comportamentale, fiind ilustrată atât în privința patternurilor sexuale și alimentare, cât și a investițiilor afective, intereselor, obiceiurilor, ca și a incriminărilor auto- și heteropunitive. Aceste indicii sunt oferite de bolnav, de boală, ca și de factori din mediul persoanei suicidare, respectiv din "**câmpul suicidar**". Cu toate că "persoana suicidară este greu de identificat cu certitudine" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock**, 1983, p. 704) trebuie menționat că în eforturile de diagnosticare a intenției suicidare s-au descris zeci de semnale, indicatori și predictori.

O analiză concretă a indiciilor suicidare ar presupune însă o reformulare și interogare a datelor etiopatogenice implicate în manifestările autolitice, ceea ce ar impune trecerea în revistă a unor categorii de predictori clinici, ecologici, psihosociologici, demografici etc. Toate aceste date arată că opinia înalt acreditată, conform căreia suicidarii autentici disimulează cu abilitate intenția autolitică, s-a dovedit a fi în fond eronată. Larg promovată în deceniile trecute, această supoziție a servit autodizolvării și estompării responsabilității și culpabilității terapeuților față de situațiile în care indiciile și semnalele suicidare erau ignorate sau insuficient căutate.

11.2.2. Abordarea temei suicidului în investigația clinică a pacientului. Anamneza și examenul clinic general al unui bolnav cu potențial suicidar cere multă abilitate psihologică, punând deseori la încercare calitățile profesionale ale terapeutului. Dificultatea investigației clinico-psihologice a pacientului, ca și a evaluării riscului sporește prin faptul că cel în cauză, ajuns la concluzia necesității actului suicidar se simte în mare măsură detașat și desolidarizat de grupul social, ca și de obligațiile sale morale, sociofamiliale. În virtutea acestui fapt, dezinvestit afectiv de ambianță, pacientul refuză dialogul asupra actului suicidar cu terapeutul, îi acordă un caracter convențional și impersonal sau recurge la o disimulare a ideilor sale suicidare. Această conduită se armonizează cu aceea a unor terapeuți, de evitare sau de eludare a interogației directe a pacientului asupra manifestărilor suicidare. De fapt, în studiile de specialitate este consemnată încă prezumția conform căreia, abordarea directă a problemei suicidului, "rana deschisă" a pacientului, cu potențial autolitic, i-ar accentua acestuia preocupările și intențiile.

În special medicii nonpsihiatri minimalizează ideile suicidare adoptând opinia comună conform căreia cei care vorbesc de suicid nu recurg la realizarea sa. Trebuie reținut însă faptul că această aserțiune nu corespunde realității, mulți suicidari urmărind, prin interogațiile și reflexiile lor semnificative, să sondeze opiniile anturajului asupra tentativei suicidare plănuite. Mai ales discuțiile și afirmațiile despre suicid ale unei persoane vârstnice sau atinsă de o afecțiune somatică incurabilă trebuie privite cu deplină seriozitate întrucât s-a constatat că de cele mai multe ori, ele sunt urmate de actul suicidar. Nici șantajul cu suicidul sau veleitatea suicidară nu pot fi minimalizate, întrucât, în aceste cazuri, deși nu este vorba de o tendință autentică, suicidul se poate produce în mod incidental, prin subaprecierea posibilităților, împrejurărilor, eficacității mijlocului suicidar etc.

În opoziție cu aceste considerente, observații și date recente demonstrează că eludarea sau scotomizarea acestei idei centrale a relației cu pacientul constituie premisa eșecului intervenției terapeutului. Aceasta cu atât mai mult cu cât, cele mai multe semnale suicidare sunt verbale, înscrise pe un amplu evantai al elocvenței, fiind cuprinse între comunicarea enunțiativă directă și afirmația impersonală dezinteresată. Cele mai multe semnale suicidare verbale sunt însă explicite, nedisimulate, apreciindu-se că "8 din 10 suicidari previn în termeni clari, în legătură cu intenția lor suicidară" (**H. L. P. Resnik**, 1980, p. 2089).

Totodată, dialogul terapeutului cu pacientul suicidar nu trebuie axat pe coordonate filozofice sau psihologice care îndeobște nu asigură cooperarea bolnavului și nu pot convinge; dimpotrivă, terapeutul are obligația realizării unui dialog simplu, autentic, a cărui forță persuasivă va avea la bază faptul că ideile și tendințele suicidare sunt efemere, fiind expresia unei stări psihice particulare sau a unei tulburări psihice desigur trecătoare.

Bibliografie

Achté, K., *Types of Indirect Self-destruction*, în: "Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research" by Irjö Jahnsson Foundation, Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 41-44.

Ayd, F. J., *Les dépressions et leur diagnostic*, P.U.F. Paris, 1965.

Bardenat, Ch., *Homicide*, în: Manuel Alphabétique de Psychiatrie (red. A. Porot), P.U.F., Paris, 1965, p. 264-266.

Beskow, J., *Longitudinal and Transectional Perspectives on Suicidal Behavior. Experiences of Suicide Prevention in Sweden*, în: "Suicide research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research", by Irjö Jahnsson Foundation. Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 55-64.

Briguet-Lamarre, M., *L'adolescent meurtrier*, Privat, Toulouse, 1969.

Brooke, E. M., *Le suicide et les tentatives de suicide*, "O.M.S.", Genève, 1975.

Cale, S. W. et al., *A study of suicide in state mental hospitals in the New York City*, "Psychiatr. Quart.", 1980, 52, 201-213.

Deschamps, P., *Les suicides et les tentatives de suicide reliés à la prestation de soins medicaux*, "Revue Can. de psychiatrie", 1983, 28, p. 475-483.

Deshaies, G., *Psychologie du suicide*, P.U.F., Paris, 1947.
Dorpat, T. et al., *The relationship of physical illness to suicide*, în: Suicidal Behaviors (H. L. P. Resnik ed.), Little Brown and Co., Boston, 1968.
Douglas, J. D., *The Social Meanings of Suicide*, Princeton University Press, Princeton, 1967.
Dublin, L. I., *Suicide*, Ronald press, New York, 1963.
Duncan, J. W., Duncan, G. M., *Murder in the family; a study of some homicidal adolescents*, "Amer. J. Psychiat.", 1971, 127, p. 1498-1502.
Durkheim, E., *Le suicide*, Felix Alcan, Paris, 1897.
Freud, S., *Mourning and Melancholia*, The Standard Edition of the Complete Psychological Works, Hoghart Press, London, 1917.
Gelhot, P. S., Nathawat, S. S., *Suicide and Family Constelation in India*, "Amer. J. Psychotherapy", 1983, 37, 2, 273-278.
Gibbs, J. P., *A sociological study of suicide*, "American Sociological Review", 1958, 23,140-147.
Heuyer, G., *La délinquance juvénile*, P.U.F., Paris, 1969.
Hirsch, J., *Methods and fashions of suicide*, "Mental Hygiene", 1960, 44, p. 3-11.
Hordern, A. et al., *Depressive States. A Pharmacotherapeutic Study*, Thomas, Springfield, Illinois, 1965.
Ionescu, G., *Epidemiologia și psihologia suicidului*, în: Epidemiologia bolilor netransmisibile (red. A. Ivan, T. Ionescu, G. Teodorovici), București, Edit. Medicală, 1981, p. 648-654.
Ionescu, G., *Suicidul la bolnavii depresivi*, în: Psihiatrie (red. V. Predescu) București, Edit. Medicală, 1976, p. 1110-1113.
Ionescu, G., *Expresia somatică a depresiunii*, "*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*", 1972, 17, 3, 245-258.
Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry* III, Baltimore, London, Williams Wilkins, 1983.
Kielholz, P., *Conditions diagnostiques du traitment des dépression*, în: Etats dépressifs (red. P. Kielholz), Berne, Stuttgard, Vienne, Hans Huber, 1972, p. 11-12.
Konecinîi, R., Bouhal, M., *Psihologhia v mediține*, Praga, Avițenum Mediținskoe Izdatelsdvo, 1974.
Lauriers, A. de, *Le risque de suicide chez les déprimés*, "La revue du practicien", 1963, 23, 25, p. 3055-3060.
Litman, R. E., *When patients commit suicide*, "Am. J. Psychoterapy", 1965, 19, 570.
Mayer-Gross, W., et al., *Clinical Psychiatry*, London, Bailliere, Tindall and Cassel, 1969.
Michaux, L., *Psychiatrie*, Flammarion, Paris, 1965.
Morin, E., *L'homme et la mort, Paris, Seuil, 1976.*
Nacht, S., *Instinct de mort ou instinct de vie*, "Rev. Franc. Psychanalyse", 1965, 20, p. 405-416.
Nadeau, A., Nadeau, R., *Traité pratique de la responsabilité civile délictuelle*, Montreal, Wilson et Lafleur, 1971.
Nica-Udangiu, Lidia, *Conduita autoagresivă*. "Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1982, 27, 1, p. 1-17.
Ochonisky, A., *Le parricide*, "Psychiat. Enf.", 1963, 6, p. 411-487.
Predescu, V., *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
Quidu, M., *Séméiologie de la conduite suicidaire*, "Encyclop. Méd. Chir., Psychiatrie", 1964, 37, 140, 10.
Quidu, M., *Le suicide. Etude clinique, perspectives preventives*, "Les éditions sociales françaises", Paris, 1970.
Resnik, H. L. P., *Suicide*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, III, vol. 2., (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2085-2089.
Resnik, H. L. P., *Psychologic resynthesis: a clinical approach to survivors of a suicide*, în: Survivors of Suicide (Ed. A. Cain), Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1972.
Ross, M., *College student suicide*, în: Depressions: theories and therapies (red. J. Masserman), New York, Grune-Stratton, 1970.

Roth, M., Morrisey, J. D., *Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age,* "J. Ment. Sci", 1952, 98, 609, 666.

Russel, D. H., *A study of juvenile murderers,* "J. Offender ther.", 1965, 9, p. 55-86.

Sainsbury, P., *Suicide in old age*, "Proc. Roy. Soc. Med.", 1967, 54, p. 263-268.

Schachter, M., *Tentative d'homicide et homicides perpétrés par des sujets de moins de 20 ans. Étude clinique et psychodiagnostique,* "Acta Paedopsychiatrica", 1974, 41, 415, p. 174-187.

Schmid, C. F., Arsdol, M. D., *Completed and Attempted Suicides: a comparative analysis,* în: "American Sociological Review", 1975, vol. 20.

Schwartz, D. A., Flinn, D. E., Slavson, P. F., *Suicide in the psychiatric hospital*, "Am J. Psychiatry", 1975, 132, 150-153.

Seager, C. P., Flood, R. A., *Suicid in Bristol,* "Brit. J. Psychiat", 1965, 3, p. 719-729.

Shneidman, E. S., *Suicide,* în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman et al. eds.), The William Wilkins Co., Baltimore, 1976, p. 1774-1785.

Shneidman, E. S., *Psychoterapy with suicidal patients,* în: Specialized Techniques in Individual Psychoterapy (T. B. Karasu, L. Bellak, eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980.

Toynbee, A., *Man's Concern with Death,* Mc Graw-Hill, New York, 1968.

Véndrine, J., Soubrier, J. P., *Statistiques et suicide-incidences médico-légales,* "Révue du praticien", 1971, 21, 32, p. 4763-4772.

Zilboorg, G., *Considerations on suicide with particular reference to that of the young,* "Am. J. Ortho-psychiatry", 1937, 15, 7.

Capitolul VII

PSIHOLOGIA ACTULUI TERAPEUTIC

1. Problematica psihologică și evoluția fenomenului placebo în medicina clinică

Remarcat cu mult înainte de a i se conferi denumirea, **fenomenul placebo** a făcut epocă în anumite perioade din istoria medicinei, dar, mai ales, a ocazionat apariția unor mari "vindecători" a căror faimă efemeră poate fi comparată cu aceea a însăși **substanței placebo**, a "medicamentului" anodin a cărui acțiune terapeutică scade de la o administrare la alta, odată cu retragerea investițiilor psihologice ale bolnavului.

Menționăm totodată faptul că fenomenul placebo a impulsionat perioada de avânt a fiecărui produs farmaceutic nou, cu acțiune farmacodinamică netă și bine delimitată, dar în fond mult mai discretă decât cea inițial scontată. Acest fapt ne permite să afirmăm că **fiecare medicament păstrează în filigran un efect placebo**, a cărui strălucire și durată sunt menținute de forțe psihologice mânuite de medic. Ca o ilustrare a acestei aserțiuni este faptul că numeroase medicamente pe care le-am folosit în diverse domenii ale medicinei timp de ani și decenii, la o analiză riguroasă și obiectivă nu pot evidenția, de fapt, nici o acțiune farmacodinamică efectivă, dovedindu-se că ele s-au menținut în practica terapeutică numai în virtutea efectului placebo.

Dealtfel istoria fiecărei boli cunoaște remedii despre care actualmente știm că nu au avut nici o acțiune farmacodinamică proprie, ci numai un efect psihologic datorită căruia bolnavii au înregistrat ameliorări notabile și deseori durabile. Acest fapt, ce poate fi apreciat ca un experiment medical cu caracter transcultural, constituie o axiomatică ilustrare a forței psihologice care este capabilă să confere efecte terapeutice oricărei substanțe farmacologice.

1.1. Accepțiuni ale noțiunii de "palcebo".

Noțiunea cunoaște o îndelungată evoluție în cadrul căreia și-a delimitat progresiv sfera, îmbogățindu-și totodată conținutul. Datând încă din antichitatea romană, când verbul "**placere**" semnifica **a face voia** unui interlocutor de obicei superior, cuvântul primește în evul mediu o accepțiune laică în cadrul scrierilor religioase și ulterior una peiorativă a cărei semnificație negativă evoca ușurința, inautenticitatea, aparența.

Polisemia termenului cunoaște o restrângere și concretizare a conținutului odată cu folosirea în domeniul medical unde prima sa consemnare, în **Hooper's Medical Dictionary** (1811), marchează o netă și surprinzător de actuală precizare și anume, de atribut acordat oricărui **medicament prescris în scopul de a-i face plăcere bolnavului mai degrabă decât a-i fi util**. Cu toată această pertinentă precizare semantică, termenul nu a mai fost folosit în medicină până în anul 1945 când **Pepper** îl consemnează în titlul unui studiu intitulat "**Notă despre placebo**".

Pentru a distinge cu mai multă obiectivitate natura fenomenului placebo și factorii care îl determină, propunem o delimitare semantică a accepțiunilor folosite în acest domeniu, ceea ce va permite totodată conturarea unor definiții operaționale:

- **placebo** este o substanță de formă farmaceutică, fără acțiune farmacodinamică, dar folosită în medicina clinică în scop terapeutic sau de control al eficienței terapeutice a unor produse farmaceutice;

- **fenomenul placebo** cuprinde ansamblul modificărilor psihologice sau psihofiziologice pe care le prezintă bolnavul și într-o oarecare măsură medicul, în legătură cu utilizarea clinică a unei substanțe placebo;

- **efectul placebo** constă în manifestările clinice care apar la un bolnav sau la o persoană sănătoasă căreia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic.

1.2. Istoria fenomenului placebo.

Constatarea fenomenului precede cu mult apariția denumirii sale, iar datele istoriografice confirmă faptul că numeroși medici, utilizând substanțe anodine, au obținut succese terapeutice remarcabile.

Prima substanță folosită ca placebo a fost **aqua simplex**, acțiunea terapeutică a acesteia bazându-se exclusiv pe autoritatea și prestigiul profesional al medicului care o ipostazia ca medicament printr-o prescripție încărcată de ambiguitate și prolixitate.

Ulterior, prin creșterea nivelului sociocultural al bolnavilor, chiar și prescripțiile sofisticate puteau fi ușor descifrate și astfel dezinvestite terapeutic, fapt ce a determinat o deplasare a efectului scontat de la forma prescripției la forma "medicației"; în felul acesta, apa a fost sterilizată și înfiolată, eventual colorată, pentru a putea fi administrată asemenea unui medicament propriu-zis.

De la observațiile empirice asupra efectului placebo s-a trecut la studii deliberate, științific standardizate, care au cunoscut o mare extindere după cel de-al doilea război mondial, odată cu avântul farmacologiei. O revistă a literaturii din acest domeniu ne permite să distingem trei etape în studiul efectului placebo: etapa clinico-terapeutică; etapa clinico-psihologică și etapa controlului comparativ al eficacității produselor farmacologice. Fără a fi strict delimitate, aceste etape ilustrează, în succesiunea lor, atât istoria cunoașterii fenomenului placebo, cât și sistematizarea atitudinilor corpului medical față de acest fenomen.

1.2.1. Etapa clinico-terapeutică a fenomenului placebo.

Această etapă este caracterizată prin folosirea deliberată a substanțelor placebo în scopul ameliorării stării clinice a pacientului. Ea începe în anul 1945 odată cu lansarea în practică a antibioticelor, a căror solicitare depășea cu mult posibilitățile de fabricare. Astfel, în unele servicii de ftiziologie beneficiau de streptomicină numai anumiți pacienți, în special cei a căror gravitate le putea presupune o reversibilitate a procesului infecțios, în timp ce numeroși alți pacienți primeau, din flacoane asemănătoare cu cele de streptomicină, o substanță placebo. Deși procedeul nu se baza pe o metodologie **dublu-orb** s-a constatat că pacienții tratați cu placebo obțineau, în prima fază, ameliorări asemănătoare cu acelea ale celor tratați cu streptomicină, și anume: reducerea temperaturii, a tusei și expectorației, concomitent cu un remarcabil câștig ponderal. Întrucât însă substanța placebo nu putea acționa etiologic, în fazele ulterioare ale evoluției bolii nu se înregistrau ameliorări decât la cei care primeau streptomicină.

Acest procedeu a fost folosit și în alte domenii medicale, precum și în psihiatrie după anul 1953, data apariției primului neuroleptic, **clorpromazina**, care, din cauza cantităților extrem de reduse, era distribuită de către o comisie medicală, pacienților care aveau o indicație terapeutică majoră, ceilalți primind placebo. Deși nu deținem studii comparative bazate pe o metodologie riguroasă din această perioadă, observațiile empirice nu consemnează diferențe între bolnavii schizofreni care au primit placebo și cei care au primit clorpromazină; absența unei diferențe semnificative între cele două categorii de bolnavi se datorește desigur faptului că substanța activă era administrată în cantități extrem de reduse, pe care astăzi le apreciem ca net inferioare dozelor minime necesare. De asemenea, efectul placebo a fost folosit în psihiatrie pentru tratamentul manifestărilor funcționale, ca și al **crizelor Charcot**; injecția subcutană dar mai ales intradermică cu "A. D" (apa distilată) era urmată în mod constant și spectacular de dispariția manifestărilor clinice pentru o anumită perioadă.

Toate aceste procedee terapeutice frecvent folosite în deceniile trecute au fost actualmente părăsite; dar dacă substanțele placebo nu mai sunt ca atare utilizate, fenomenul placebo, sub variatele sale implicații în orice act terapeutic, este constant consemnat în medicină, efectele sale, pozitive sau negative, testând actualmente mai ales aptitudinea terapeutică a medicului.

1.2.2. Etapa clinico-psihologică a fenomenului placebo.

Etapa cuprinde observațiile asupra efectului placebo care au determinat inițierea unor studii psihologice bazate pe o metodologie standard, pentru a se constata frecvența și valoarea fenomenului. În plus, se impunea un răspuns la întrebarea, dacă fenomenul placebo se manifestă numai în situația de boală, în clinică, sau și în afara acesteia. Totodată, a apărut necesitatea desprinderii caracteristicilor psihologice ale persoanelor la care apare efectul placebo, încercându-se astfel evidențierea naturii acestui fenomen.

Studiile au fost efectuate în special pe studenți mediciniști care constituiau loturi omogene, atât sub aspectul vârstei, al informației generale, cât și al pregătirii medicale, susceptibili deci de a relata cu un înalt grad de obiectivitate asupra fenomenologiei

constatate. Într-un astfel de experiment, un grup de 3.000 studenți au primit o cantitate infimă de glucoză odată cu instrucțiunea că este vorba de "testarea efectelor unui nou medicament". Cu toate că substanța administrată nu avea nici o acțiune farmacodinamică, peste 1/3 din studenții testați au prezentat modificări ale stării psihice în sens pozitiv sau negativ. Astfel, 20% din studenți au raportat o stare de bună dispoziție generală, cu o funcționare fizică și intelectuală superioară, în timp ce 14% din ei au prezentat o fenomenologie clinică asteno-depresivă, ilustrată prin diminuarea forței fizice, fatigabilitate, hipoprosexie, hipomnezie, reducerea fluxului și ritmului ideativ, dispoziție depresivă etc.

Într-un alt experiment, efectuat asupra unui grup de peste 600 cadre medico-sanitare, injectarea unei fiole care conținea apă sterilizată a determinat o simptomatologie nevrotiformă, ilustrată clinic prin astenie, hipoprosexie, somnolență, congestie nazală, irascibilitate, cefalee etc., într-un procent de peste 50%.

Numeroase alte studii au confirmat experimentele de mai sus și au condus la concluzia că numai unele persoane din loturile investigate dezvoltă efectul placebo (răspund printr-o anumită fenomenologie clinică la administrarea unei substanțe neutre din punct de vedere farmacodinamic), în timp ce altele nu evidențiază nici un efect clinic. Persoanele din prima categorie au fost numite **placebo-sensibile**, **placebo-responsive** sau **placebo-reactive** și reprezintă aproximativ 1/3 dintr-o populație dată, față de cele din a doua categorie, denumite **placebo-nonreactive**, care reprezintă 2/3 din populația generală. În multe studii de specialitate acestea au fost desemnate în mod eronat ca **placebo-negative** față de cele din prima categorie considerate **placebo-pozitive**. Precizăm în acest context că atributul de placebo-negativ se referă la persoanele care reacționează în mod nefavorabil, prin înrăutățirea stării lor în urma administrării substanței placebo. Deci persoanele sensibile, responsive la placebo, se pot împărți în două categorii: **placebo-pozitive**, care reacționează în mod favorabil, în sensul ameliorării stării fizice sau psihice, și **placebo-negative**. Pentru acestea din urmă s-a propus termenul de "**nocebo**" (**P. Pichot**, 1961, p. 37), fapt care ne permite să precizăm că numai persoanele placebo-pozitive corespund sensului strict, etimologic, al termenului de placebo.

Menționăm totodată faptul că distincția în **placebo-reactivi** (respectiv placebo reactiv-pozitivi și placebo-negativi) și **placebo-nonreactivi** nu este structural-constituțională, ci predominant conjuncturală; răspunsul sau nonrăspunsul lor, precum și calitatea acestui răspuns (pozitiv sau negativ) nu depinde, așa cum consideră numeroși cercetători, de configurația psihică a persoanei respective, ci mai ales de conjunctura în care ea se află. Aceasta ar putea constitui o explicație a aserțiunii conform căreia "un subiect este placebo reactiv într-o zi dar poate să nu mai fie câteva săptămâni mai târziu...și invers, un subiect care n-a reacționat la placebo într-un prim experiment poate reacționa ulterior" (**P. B. Schneider**, 1969, p. 232). Variabilitatea răspunsului la administrarea substanței placebo este influențată în mare măsură "de așteptarea bolnavului, aceasta fiind ea însăși determinată de atitudinea medicului și de acțiunea sa asupra pacientului" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 456).

3. Factori psihologici ai fenomenului placebo

Fără îndoială că acești factori sunt înscriși în triada bolnav-boală-medic, în mod esențial, ca și în ambianța în care se desfășoară actul terapeutic, aceasta având un rol conjunctural.

3.1. Bolnavul ca factor al efectului placebo.

Structura de bază a personalității bolnavului poate fi considerată ca factor primordial, ea marcând însuși gradul de receptivitate la placebo. Studii psihologice efectuate asupra pacienților tratați prin placebo au ilustrat că anumite trăsături de personalitate, printre care extraversia, sociofilia, sugestibilitatea, conformismul etc., corelează cu un înalt grad de receptivitate la placebo, în timp ce introversia, sociofobia, rigiditatea, susceptibilitatea, neîncrederea, opoziționismul etc. sunt factori care se opun apariției efectului placebo. Totodată experiența de boală a pacientului ca și rezultatul ultimelor tratamente modifică, în sens pozitiv sau negativ, răspunsul la placebo.

Într-un studiu comparativ privind **influența sexului asupra efectului placebo**, am avut posibilitatea să constatăm că femeile răspund pozitiv mai intens și într-un număr de două ori mai mare decât bărbații. Aceste rezultate se explică prin faptul că înseși trăsăturile de personalitate susceptibile de a favoriza apariția efectului placebo se întâlnesc într-o mai mare măsură la femei decât la bărbați.

Un fapt care de asemenea nu a fost abordat în literatura de specialitate este **influența vârstei pacientului asupra răspunsului la placebo**. Deși aparent surprinzător, copiii și tinerii oferă răspunsuri foarte slabe la placebo; acest fapt pare să infirme supoziția mai sus menționată cu privire la trăsăturile de personalitate favorizante, întrucât copiii și tinerii se caracterizează îndeobște prin extraversie, sugestibilitate, labilitate afectivă etc.

Totuși, studii comparative au ilustrat faptul că fără intervenția mamei ori a altei persoane care să inducă pozitiv administrarea substanței placebo, aceasta are un efect mult mai slab la copii și se întâlnește numai 15% din cazuri, față de lotul de adulți în care a apărut într-o proporție de 72%. Considerăm că această situație se datorește faptului că **la pacientul adult, relația (cu medicul) potențează medicația**, efectul placebo fiind cu atât mai amplu cu cât încrederea bolnavului în capacitatea profesională a medicului este mai mare. Pentru copil, medicul este o figură autoritară dar nu o capacitate profesională, relația terapeutică fiind mediată în acest caz de către mamă; **cu cât încrederea în aceasta va fi mai mare, cu atât efectul placebo va fi mai evident** și invers, absența investiției afective a mamei va prejudicia apariția efectului placebo.

Spre deosebire de copii și tineri, la **vârsta a treia**, efectul placebo cunoaște un câmp favorabil de dezvoltare. Aceasta se datorește în primul rând faptului că pacientul vârstnic, indiferent de afecțiune (exceptând numai psihoza depresivă), vădește o preocupare deosebită față de starea sănătății sale; ca atare, el respectă (de cele mai multe ori cu strictețe) recomandările medicului, solicită medicația pe care o investește cu toată

puterea dorinței sale de vindecare; ea este atât de mare, încât anulează experiențe terapeutice negative anterioare, fenomenul placebo fiind cu atât mai marcat, cu cât efectul favorabil este mai intens expectat.

Indiferent de vârstă și de investiția afectivă a relației cu medicul sau a medicației, efectul placebo cunoaște o diminuare, cu fiecare nouă administrare. Substanța placebo se comportă deci ca un "drog tahifilactic", înregistrând "o diminuare progresivă a eficacității, odată cu repetarea administrărilor" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 454). Această "tahifilaxie" pe care o denumim **fatigabilitate terapeutică** se desfășoară într-o manieră progresiv-accelerată întrucât, dacă la prima administrare a unei substanțe placebo efectul este prezent în 55% din cazuri, la a doua administrare el scade la 40% pentru ca la cea de-a treia să fie întâlnit numai 15% din cazuri. Datorită acestui fapt se preconizează ca efectul placebo să fie "întărit intermitent de un tratament farmacologic activ" (**C. Bloch, P. Sivadon**, 1973, p. 22), recomandându-se totodată o "întărire condiționată, verbală sau nonverbală, care trebuie folosită la maximum de către medic" (**M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev**, 1966, p. 292).

3.2. Boala ca factor al efectului placebo.

Întrucât nu acționează etiopatogenic, ci numai simptomatologic și evetual sindromologic, fenomenul placebo influențează boala în mod indirect, prin implicațiile asupra manifestărilor sale clinice. Tocmai de aceea în afecțiuni cu un grad mai înalt de subiectivitate substanțele placebo obțin mai bune rezultate, în timp ce afecțiunile cu o mai netă organicitate se dovedesc a fi mai rezistente. De asemenea, afecțiunile mai net psihosomatice sunt mai sensibile la efectul placebo, fapt datorat desigur configurației psihice particulare a acestor pacienți; este de presupus că structurile psihice care au dezvoltat boala, în urma influenței negative a unor factori psihologici, să reacționeze favorabil și în eventualitatea tratamentului prin placebo.

Vechimea bolii ca și istoria ei terapeutică influențează de asemenea efectul placebo; astfel, cu cât o boală este mai recentă, are o evoluție mai scurtă, cu atât este mai sensibilă la placebo; dimpotrivă, evoluția trenantă ca și indiciile de cronicizare au o corelație negativă cu efectul placebo. În privința bolilor psihice care evoluează în pusee, am putut constata că efectul scade progresiv nu numai de la o administrare la alta, ci și de la un puseu la altul, ilustrând o fatigabilitate terapeutică, specifică dealtfel și substanțelor neuroleptice.

3.3. Terapeutul ca factor al efectului placebo.

Faptul că efectul terapeutic al unui medicament depinde de încrederea bolnavului în acest medicament are o valoare axiomatică. Dacă această încredere este uneori "mai valoroasă decât acțiunea medicamentului" (**V. M. Banscikov** și colab., 1967, p. 174), nu trebuie omis că efectul terapeutic depinde în același timp și de încrederea medicului în eficacitatea medicamentului, fapt simțit și chiar intuit de bolnav cu o acuitate

surprinzătoare. Această încredere a pacientului exprimată lapidar în aforismul conform căruia "un medic bun oferă remedii bune" a orientat atenția cercetărtorilor asupra atitudinii medicului față de medicamentele prescrise, precum și asupra manierei prescrierii lor.

Pornind de la faptul că "pacientul are încredere în acțiunea remediului în măsura în care percepe că medicul însuși are încredere în acel remediu" (**C. Bloch, P. Sivadon**, 1973, p. 20), psihologia medicală caută să reliefeze factorii care condiționează această încredere, și anume: siguranța prescrierii, fermitatea recomandărilor, anularea ezitărilor etc.

Pe de altă parte, se consideră că medicul nu se poate elibera de acest complex de factori subiectivi care influențează acțiunea medicamentului perturbându-i efectul farmacodinamic. De aceea, în studiul eficacității terapeutice a medicamentelor s-a recurs nu numai la procedeul **simplu-orb**, (în care pacientul nu știe despre ce substanță este vorba), ci și la cel denumit **dublu-orb**, în care nici unul din cei doi protagoniști ai actului terapeutic nu cunoaște natura medicamentului. În experimentele **double blind** sau **épreuves doublement aveugles** medicul știe însă de cele mai multe ori că una din cele două substanțe pe care le administrează este placebo, deși nu știe care dintre ele, codul fiind deținut de o a treia persoană care, de obicei, organizează cercetarea.

Pentru a înlătura însă orice urmă de îndoială asupra neutralității atitudinii medicului în timpul prescrierii și administrării, s-a recurs și la procedeul **triplu orb**, în care substanța activă și placebo sunt înmânate de către experimentator, care le cunoaște, unui intermediar care nu le cunoaște și care le predă la rândul său medicului care le administrează. Acest procedeu este cu atât mai important în testarea acțiunii autentic farmacodinamice a unui medicament, cu cât "cel care observă sau apreciază pe cel care primește medicația poate fi el însuși influențat de propria sa predicție sau sugestibilitate" (**C. T. Prout** și colab., 1961, p. 120).

Toate aceste procedee, necesare cercetării și evaluării eficacității unui medicament, au rolul de a distinge cu cât mai mare fidelitate acțiunile sale specifice și de a le delimita, cu cât mai multă rigoare, de influențele subiective ca și de orice "**efecte parazite**", prin care "înțelegem oricare alte efecte, în afara celor strict și invariabil determinate de proprietățile substanței farmacologice active" (**T. Ciurez**, 1968, p. 69). Așa cum se subliniază, izolarea acestor efecte nu înseamnează anularea lor, acțiune care nu este posibilă și nici dezirabilă, ci doar "o modalitate clinică ce permite studiul științific al efectelor proprii substanțelor farmacologice active" (**ibidem**, p. 70).

Dar nu numai atitudinea medicului în cursul administrării medicamentului și a relației terapeutice ci și **personalitatea** sa are o importanță deosebită în dezvoltarea efectului placebo, ca și în acțiunea terapeutică propriu-zisă a unei substanțe active. În această privință, trebuie subliniat că "deși faptul este indiscutabil și simpla observație a rezultatelor obținute de unii vindecători îl ilustrează cu evidență, noi ignorăm în prezent caracteristicile personalității, care sunt asociate cu o eficiență particulară în acest domeniu" (**J. Delay, P. Pichot**, 1967, p. 455). Aceasta explică faptul că deși în multe specialități medicale medicii au posibilități terapeutice egale sau asemănătoare, rezultatele lor sunt

diferite, iar uneori înregistrează diferențe surprinzătoare. Fără îndoială că personalitatea medicului (în a cărui configurație pregătirea profesională se înscrie printre trăsăturile esențiale) constituie un factor primordial al relației terapeutice, care este cheia de boltă a psihologiei clinice.

3.4. Calitatea relației terapeutice și efectul placebo.

Problematica fenomenului placebo se desfășoară între medic și bolnav, cei doi poli ai relației terapeutice. O slabă, inadecvată sau inautentică relație între medic și bolnav diminuează efectul placebo, iar uneori îl devalorizează sub aspect terapeutic, transformându-l în **nocebo**. Dimpotrivă, o relație adecvată, modelată de dinamica factorilor care o condiționează, constituie chezășia unor rezultate terapeutice superioare. Deatfel, în această situație nu este vorba numai de efectul placebo **stricto sensu**, ci de fundalul placebo al oricărui act terapeutic. Numai în acest context se poate înțelege de ce fenomenul placebo este un aspect particular al relației terapeutice. Există observații clinice care ilustrează că "o relație terapeutică mai intensă poate să estompeze diferențele între răspunsurile la o substanță activă și răspunsul la placebo" (**R. W. Downing, K. Rickels**, 1981, p. 1424). Dealtfel, experimente mai vechi (**E. H. Uhlenhuth** și colab., 1966, **K. Rickels, R. B. Cattell**, 1969) au relevat că medicii cu atitudine pozitivă față de tratamentul psihofarmacologic au obținut efecte placebo mai mari (comparativ cu efectul tranchilizantelor) decât medicii care au avut o atitudine neutră față de medicația psihotropă. Acest fapt confirmă, din perspectiva fenomenului placebo, că în orice terapie contează "nu numai fiola sau caseta ci și maniera în care le prescrie medicul, de fapt ansamblul atmosferei în care medicamentul este dat și luat" (**M. Balint**, 1966, p.9). Din acest punct de vedere, putem vorbi de **factori conjuncturali ai efectului placebo**, printre care putem înscrie forma farmaceutică a medicamentului și spitalul în care este efectuat tratamentul.

3.5. Forma farmaceutică a medicamentului și efectul placebo.

Analiza psihologiei bolnavului, a personalității și conduitei medicului, precum și a relației dintre aceștia evidențiază faptul că efectul placebo reprezintă rezultanta interacțiunii medici-medicament-pacient și în acest context el ar reprezenta deci efectul simbolic al medicamentului. Tocmai de aceea, forma sub care se prezintă substanța investită cu acțiuni terapeutice influențează în mare măsură apariția și amploarea efectului placebo.

Cu toate că nu au fost efectuate studii asupra formei de prezentare a produsului și efectul placebo, observația clinică ilustrează că:

- formele cu administrare **parenterală** dezvoltă un efect mai amplu decât cele cu administrare **perorală**;
- produsele cu administrare intravenoasă, sunt mai eficace sub aspect palcebo decât cele cu adminstrare intramusculară;

6. Problematica relației terapeutice în condițiile psihofarmacologiei clinice

Parte esențială dintr-o vastă problematică relațională între pacient și personalul medico-sanitar, relația terapeutică se instituie totodată ca punct de interferență în întreaga psihologie clinică. Considerată ca fiind fundamental psihoterapeutică, această relație se impune a fi reanalizată actualmente din perspectivă psihofarmacologică. Aceasta cu atât mai mult cu cât în condițiile terapiei psihofarmacologice s-a invocat minimalizarea sau chiar anularea relației terapeutice. Cu toate că încă din perioada apariției și răspândirii substanțelor psihofarmacologice s-a subliniat că acestea "nu vor putea înlocui relația interumană" (**J. Delay**, 1959, p. 79), ideea perturbării acestei relații a constituit frontul principal prin care se combăteau noile medicații.

S-a invocat faptul că prin farmacologie sunt atacate doar manifestările exterioare, simptomele, rămânând neabordate și ignorate problemele, și în ultimă instanță procesele care condiționează ansamblul fenomenologiei clinice. În concepția unor clinicieni, prin intervenția substanțelor psihotrope, terapeutul nici n-ar putea să comunice cu pacientul întrucât "medicamentul poate constitui un ecran între medic și bolnav" (**A. Achaintre, P. Balvet**, 1963, p. 83). În aceste condiții, medicul nu ar mai fi în "priză directă" cu pacientul său, relația dintre ei stabilindu-se, cu dificultățile inerente, prin acest ecran. Trebuie menționat totuși că "termenul de ecran chimioterapic are un caracter ambiguu; el face relația mai săracă, sterilă și chiar nefastă pentru bolnav" (**M. Porot, J. Claire**, 1965, p. 155). Utilizând substanțele psihofarmacologice, clinicianul și-ar anula atributele sale de medic care-i permit să se confrunte cu problematica pacientului, fiind denumit de aceea "prescriptor" sau "**distribuitor de droguri**".

Pentru a evita o astfel de denaturare, referindu-se desigur la psihiatrie, unii clinicieni au încercat o dihotomie a relației terapeutice în "**relație psihoterapeutică**" și "**relație chimioterapeutică**". În accepțiunea lor, prima ar întruni aspirațiile și ar fi în concordanță cu expectațiile terapeutice, în timp ce a doua ar fi formală, superficială, sărăcită sub aspectul conținutului și beneficiului psihologic, redusă la manipularea produsului psihofarmacologic. Desigur, această disjuncție nu a putut fi acceptată, ea fiind numai sub aspect teoretic menționată. Chiar în situațiile în care se folosesc exclusiv substanțe psihofarmacologice, subliniem totuși faptul că nu se poate vorbi de o relație chimioterapică întrucât, orice act terapeutic implică un conținut psihologic. Așa cum s-a arătat, acesta este determinat de ansamblul factorilor nespecifici care, prin acțiunea lor, pot amplifica sau diminua efectul agenților psihofarmacologici. În virtutea acestor considerații, este util să se renunțe la noțiunile de "relație chimioterapică" sau "relație medicamentoasă", menținându-se numai termenul de **relație terapeutică**, indiferent de procedeul sau de mijlocul terapeutic folosit în clinică.

În afara acestor precizări teoretice, considerăm că sub aspectul practicii se

desprind două aspecte ale relației terapeutice, și anume:

- influența introducerii substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice;
- influența caracterului și calității relației medic-bolnav asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic, respectiv asupra acțiunii farmacodinamice a psihotropelor.

Răspunsul la aceste două probleme nu este încă satisfăcător din considerente multiple dintre care menționăm numai că "o apreciere stabilă și definitivă a conținutului și modului de acțiune a unei astfel de influențe nu s-a realizat încă. Aceasta, deoarece factorii de posibilă mediere sunt numeroși și variați, mulți dintre ei luând forma unor atribute personale și situaționale subtile, greu de definit cu precizie operațională, și deci dificil de cuantificat" (**R. W. Downing, K. Rickels**, 1981, p. 1423).

Considerăm că această aserțiune este pe deplin valabilă, dar încercăm, în același timp, o schiță de răspuns asupra celor două probleme mai sus formulate:

a) În ceea ce privește impactul substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice suntem nevoiți a ne referi în mod special la relația terapeutică psihanalitică, întrucât numai pe fondul "curat" al acesteia se poate constata influența psihofarmacologică. În această privință pot fi menționate unele lucrări efectuate chiar de clinicieni psihanaliști (**M. Ostow**, 1962, **L. Bellack** și **S. Rosenberg**, 1966; **G. J. Sarwer-Foner**, 1970 și altele) care, comparând rezultatele psihoterapiei psihanalitice cu acelea ale terapiei psihofarmacologice, deși puteau testa modificarea relației, s-au referit numai la efectul clinic la medicației. Întrucât însă "răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic a fost favorabil" deducem că și relația terapeutică a suferit o schimbare cu influență clinică.

b) În privința influenței relației asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic există studii care atestă faptul că o relație terapeutică mai intensă poate diminua răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic. Astfel, **K. Rickels** și **R. B. Cattel** (1969) au constatat că un grup de pacienți tratați, de "terapeuți empatici", care aveau o relație interpersonală calitativ superioară, au obținut un răspuns mai scăzut la meprobamat decât pacienții care au fost tratați de terapeuți tehnicieni, nonempatici. La rândul lor, **E. H. Uhlenhuth** și colab. (1969) au putut demonstra că o relație psihoterapeutică centrată asupra factorilor emoționali poate "să diminueze efectul anxioliticelor active". Alte studii arată că pacienții care în cadrul psihoterapiei beneficiau de o întreținere intensă și continuă obțineau rezultate mai slabe la clordiazepoxid decât cei care aveau o relaționare redusă și intermitentă.

7. Asupra compulsiei prescripției psihofarmacologice și imperativul cunoașterii clinice

În psihiatrie, într-o măsură mai mare decât în orice alt domeniu din patologie, există tendința de a se recurge la farmacologie; în special psihiatrii tineri încearcă mai

acut tentația de a liniști pacientul prin apelul la un tranchilizant sau psiholeptic. Nu rareori însă avem de-a face cu o liniștire prin acoperire; e o liniștire a stării psihice și o acoperire a proceselor psihopatologice.

Fără îndoială că anxietatea, depresia dar mai ales delirul, halucinația și în special agitația, impun medicului o intervenție terapeutică de natură să anuleze ori să reducă fenomenologia clinică înainte de elucidarea diagnostică. Aceasta este o atitudine spontană și întrucâtva comprehensibilă, dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori prejudiciabilă. Situația poate fi comparată cu aceea din patologia internă când, în fața unui bolnav cu dureri abdominale violente, intens acuzate, medicul nu recurge la medicamente antalgice și cu atât mai puțin la opiacee, decât în urma examinării atente și a raționamentelor clinice susceptibile să elucideze aspectele etiopatologice și să-i contureze opțiunile diagnostice. Medicul cunoaște deziderатul științific în virtutea căruia diagnosticarea trebuie să preceadă prescripția dar, în același timp, este împins de elanul umanitar al alinării care-i impune intervenția.

La aceasta se adaugă un fapt pe care în mod frecvent l-am constatat, și anume orgoliul profesional al psihiatrului; el este mai puternic conturat decât al internistului sau chirurgului pentru că **în perioada actuală intervenția psihiatrului este mai spectaculară**. Într-adevăr, în condițiile terapeutice actuale, **a suprima o durere este un fapt obișnuit, dar a reduce o stare de agitație, a înlătura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.**

În majoritatea cazurilor însă, cele mai mari posibilități de diagnosticare psihiatrică le întâlnim tocmai în această primă și deseori amplă manifestare clinică și de aceea **tendința compulsivă de-a acționa prin administrarea de neuroleptice interferează negativ demersul cunoașterii clinice.**

Dorința de a obține și demonstra remisiuni clinice spectaculare nu se constată numai în cazuri de urgență, cu ample manifestări psihopatologice, ci și în stări reactive sau nevrotice, împiedicându-se astfel stabilirea unei relații terapeutice. Astfel, "când un bolnav vine cu o problemă enigmatică sau angoasantă a comportamentului său, cât de puternică devine tendința de a o regla, de a o reduce și suprima printr-un bun neuroleptic" (**C. P. Racamier, L. Carretier**, 1965, p. 62).

Această tendință spre neuroleptizare este deseori apreciată, și într-adevăr trebuie **considerată, ca un semn de dezangajare** a terapeutului de la efortul răbdător și tenace al "luării în sarcină" a pacientului cu întreaga sa problematică psihopatologică.

Totodată, prescrierea de medicamente psihotrope unui pacient cu manifestări nevrotice exprimă nu numai rezerva medicului sau nonangajarea ci și sancționarea pacientului în virtutea unei motivații nonconștientizate a medicului și poate fi considerată ca o manifestare de contra-transfer negativ. Aceasta exprimă faptul că medicul nu este complet pregătit din punct de vedere psihologic asupra actului terapeutic, permițând interferența propriilor pulsiuni, tendințe și atitudini cu problematica pacientului. Clinicianul încalcă astfel un principiu pe deplin valabil al psihanalizei care ar trebui să călăuzească întreaga atitudine terapeutică, acela al "**neutralității binevoitoare**" față de

pacient. În această privință **conduita terapeutului** se distinge de aceea a pedagogului sau juristului; **el nu încurajează, nu combate și mai ales nu sancționează; el ajută pe pacient să-și rezolve problematica patologică, îl sprijină în depășirea complexelor și impasului, îl maturizează.**

8. Relația terapeutică și problematica transferențială

Apariția medicamentului în câmpul terapeutic modifică substanțial conținutul relației medicului cu pacientul. Acesta investește asupra medicamentului cel puțin o parte din expectațiile pe care le avea asupra medicului astfel încât **un transfer pozitiv al pacientului în privința terapeutului se va răsfrânge în mod cert asupra medicamentului.** În acest sens, bolnavul consideră că un medic bun nu poate prescrie decât un medicament bun, **eficacitatea medicamentului fiind apreciată în concordanță cu expectațiile pacientului asupra medicului.**

Întrucât fenomenologia transferului este de cele mai multe ori analizată de clinicieni psihanaliști, aceștia, opunându-se îndeobște psihofarmacologiei, neagă existența transferului, ca și a ansamblului fenomenelor psihodinamice în condițiile relației chimioterapice.

Alți clinicieni însă acceptă existența unui transfer și în condițiile tratamentului psihofarmacologic și întrucât nu există în literatură o analiză a acestuia, considerăm că existența lui se bazează pe:

- durata relativ îndelungată a curei neuroleptice;
- regresia psihică realizată de boală;
- dependența pacientului față de terapeut;
- modificările psihologice și resdistribuțiile de energie din economia psihică realizate de cura neuroleptică.

În accepțiunea pacientului toate aceste modificări se datoresc terapeutului și este firesc ca el să atribuie acestuia propriile-i tendințe, aspirații, sentimente, idei etc.

O a treia categorie de clinicieni consideră că în condițiile psihofarmacologiei se dezvoltă o formă nouă de **transfer "actual, concret și conștient"**, pe care **H. J. de Barahona Fernandez** (1966) îl denumește **"transfer vital"**; acesta se constituie pe "un plan uman al trebuințelor fundamentale de ordin vital, sprijinit pe modificările funcționale de la nivel cerebral", realizate prin acțiuni farmacodinamice. Menționăm însă că eliminând latura inconștientă a fenomenului de transfer, autorul portughez acordă acestuia o altă accepțiune care este diferită nu numai de sensul clasic, psihanalitic, ci și de toate sensurile atribuite ulterior transferului.

În sfârșit, pornind de la situația **terapiei bifocale**, efectuată de un psihoterapeut și un psihofarmacolog, se înțelege că ultimul va constitui obiectul unui transfer din partea pacientului, acceptându-se astfel ideea unui **"transfer bifocal"**. Această situație impune

însă ca cei doi terapeuți "să fie de formație convergentă, să nu depindă unul de celălalt, să fie apropiați pentru a gândi și a simți aceleași lucruri despre pacientul comun" (**C. P. Racamier, L. Carretier**, 1965, p. 81).

Spre deosebire de această opinie, cei mai mulți clinicieni nu acceptă soluția terapiei bifocale, printre motivele invocate fiind și argumente referitoare la transfer. Acceptând faptul că o prescriere medicamentoasă corectă și oportună făcută de psihoterapeut întărește transferul, se consideră că "dimpotrivă, dacă chimioterapia este prescrisă de un medic și psihoterapia este efectuată de altul, transferul este jenat" (**J. Delay**, 1966, p. 1155). Menționăm însă că pe măsură ce se confirmă speranțele terapeutice investite în posibilitățile psihofarmacologiei și se restrânge aria de aplicare a psihoterapiei psihanalitice, se reduce și numărul pacienților supuși terapiei bifocale, astfel încât problema transferului bifocal devine un subiect tot mai puțin actual.

După cum am subliniat și cu alt prilej, **fenomenologia transferului se dezvoltă în orice relație terapeutică, durata și autenticitatea acesteia condiționându-i caracteristicile**. Conform opiniei noastre, **clinica psihiatrică**, prin cura neuroleptică, **prezintă condiții favorabile dezvoltării transferului a cărui cunoaștere și mânuire se înscriu printre condițiile succesului terapeutic**. Considerăm astfel că **numeroase aspecte psihologice întâlnite în cursul terapiei, începând cu fenomenologia complianței până la aceea a regresiei psihice și a dependenței sunt de sorginte transferențială**. Cunoscute și judicios orientate, aceste fenomene pot constitui factori importanți în terapie, favorizând și amplificând efectul obținut prin psihofarmacologie. Totodată, fenomenele de natură transferențială dau conținut celor mai nuanțate conduite de psihologie medicală.

O problemă lăsată în subsidiar de psihoterapie în general și de psihanaliză în special este aceea a **fenomenelor contratransferențiale**. Această situație este explicabilă dacă avem în vedere cel puțin faptul că în psihoterapie terapeutul are posibilitatea să-și selecționeze pacienții, folosindu-se nu atât criterii simptomatologice sau nosografice, cât mai ales empatice. Spre deosebire de psihoterapie, o primă caracteristică a tratamentului prin psihofarmacologie este larga sa adresabilitate. Terapeutul nu-și mai poate alege pacienții ca pentru psihoterapie aceștia beneficiind, fără discriminare, de psihofarmacologie. Ei prezintă însă o fenomenologie clinică atât de variată, încât este aproape imposibil să fie acceptată cu aceeași deschidere din partea terapeutului. În acest context, considerăm că, în condițiile psihofarmacologice fenomenele contratransferențiale capătă valențe particulare.

O primă sursă de contratransfer constă în îndoiala inconștientă a unor clinicieni privind acțiunea efectivă antipsihotică (și nu antisimptomatică) a psihotropelor. Ei le prescriu din rutină, din necesitatea acordării tratamentului și nu din convingerea privind curabilitatea medicamentului. Considerăm de aceea că în condițiile psihofarmacologiei complexitatea relației dintre medic și bolnav nu se reduce prin intervenția medicației iar fenomenologia acestei relații, pe care **Cl. Blanc** (1966) o apreciază ca fiind " de la conștiință la conștiință și de la inconștient la inconștient" este mult mai complexă decât

cea înscrisă în accepțiunea psihanalitică a conceptelor de transfer și contratransfer. Totodată, în fenomenul complianței ca și în atitudinea față de cura terapeutică, pacientul poate exprima aspecte ale problematicii sale psihopatologice. În virtutea acestui fapt, "considerațiile transferențiale și contratransferențiale legate de medicament trebuie abordate în aceeași manieră ca și alte aspecte ale psihoterapiei pacientului" (**J. M. Davis, J. O. Cole**, 1975, p. 1933).

De cele mai multe ori însă, medicamentul psihotrop "permite satisfacerea unui sentiment de putere" (**A. Achaintre, P. Balvet**, 1965, p. 84). Într-adevăr, această "putere" a terapeutului, pe care i-o conferă în fapt incisivitatea neurolepticului, îi permite să facă din bolnavul agresiv un pacient docil, din virulent un ascultător, din delirantul violent un confident, din psihoticul anxios și halucinator un liniștit, securizat. Fără îndoială că aceste posibilități oferă terapeutului și anumite veleități a căror forță vectorială este deseori bazată pe o motivație contratransferențială. În alte situații însă, anumiți terapeuți, în virtutea unor pulsiuni sadice, folosesc doze exagerate de neuroleptice. Ei nu se limitează la doza minimă necesară și într-un elan psihofarmacologic denumit de unii clinicieni **furor terapeuticus** doresc să reducă ori să anuleze, cu promptitudine, orice manifestare psihopatologică a pacientului. Invocațiile delirante, explicațiile obsedante, acuzele somatomforme, temerile ipohondriace, ca și alte manifestări clinice, în loc să fie răbdător ascultate și analizate sunt cu promptitudine sancționate sub justificarea că sunt "tratate". Considerăm că, în aceste cazuri, este vorba de o **sancționare prin neuroleptizare**; mai mult chiar, însăși nevoia pacientului de relaționare, în virtutea unor conduite contratransferențiale este sancționată prin neuroleptizare.

Bibliografie

Achaintre, A., Balvet, P., *Actualités de therapeutique psychiatrique*, Masson, Paris, 1963.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966.

Banscikov, V. M. et al., *Mediținskaia psihologhia*, Izd. Mediția, Moskva, 1967.

Barahona-Fernandez, H. J. de, *Pharmacopsychothérapie*, în: "Convegno di aggiornamento in psiconeurofarmacologia", Minerva Medica, Torino, 1966, p. 256-285.

Blanc, Cl., *Les Mots, les Drogues et l'Esprit*, "L'Evolution Psychiatrique", 1966, 4, 707-741.

Bloch, C., Sivadon, P., *La psychologie du patient*, în: Traité de Psychologie Médicale (red. P. Sivadon), Press. Univ. France, Paris, 1973, p. 9-33.

Ciurez, T., *Cercetarea clinică a efectului substanțelor psihotrope*, în: Terapie psihotropă (red. V. Predescu), Edit. Medicală, București, 1968, p. 63-88.

Davis, J. M., Cole, J. O., *Antipsychotic Drugs*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, II, vol. 2 (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.) Williams Wilkins, Baltimore, 1975, p. 1921-1940.

Delay, J., *Psychopharmacologie et Psychiatrie*, "Presse méd.", 1966, 74, 22, p. 1151-1157.

Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de Psychologie*, Masson, Paris, 1967.

Di Mascio, A., *The Use of "Normals" in: Predicting Clinical Utility of Psychotropic Drugs*, în: The Psychopharmacology of the Normal Human (ed. by U. E. Wayne and N. S. Kline), Charles C. Thomas, Springfield, 1969.

Downing, R. W., Rickels, K., *Nonspecific Factors and their Interaction with Psychological Treatment in*

Pharmacotherapy, în: Psychopharmacology: A Generation of Progress (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan eds.), Raven Press, New York, 1981, p. 1419-1428.

Garfield, F. S., *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis* (A. E. Bergin, F. S. Garfield eds.), J. Wiley, New York, 1971.

Guyotat, J., *Neuroleptique et Psychothérapies. Débat*, în: "Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, p. 225-247.

Heimann, H., *Fondements théoriques et modèles explicatifs de l'action des psychotropes*, în: "Confrontations Psychiatriques. La Psychopharmacologie", 1972, 9, p. 187-206.

Hesbacher, P. T. et al., "Psychopharmacologia", 1970, 18, p. 180-208.

Ionescu. G., *A clinico-psychological analysis of the placebophenomenon*, "Revue roumaine des sciences sociales. Série de Psychologie", București, 1982, 26, 2, p. 155-169.

Ionescu, G., *Analiza clinico-psihologică a fenomenului Placebo*, "Revista de psihologie", 1983, 29, 1, p. 65-79.

Janke, W., Debus, G., *Experimental Studios on Antianxiety Agents with Normal Subjects*, în: "Psychopharmacology" (ed. D. H. Efron), Health Service Publication, N° 1836, 1968, p. 205-230.

Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediținskuiu psihologhii*, Izd. Mediția, Leningrad, 1966.

Paul G. L. et al., "Arch. Gen. Psychiatry", 1972, 27, p. 106-115.

Pichot, P., *A propos de l'effet placebo*, "Rev. Med. psychosom.", 1961, 3, p. 37-40.

Porot, M., Claire, J., *Caractères nouveaux de la relation médecin-malade au cours de la chimiothérapie*, în: La relation médecin-malade ou cours de chimiothérapies psychiatriques (red. P. A. Lambert), Masson, Paris, 1965, p. 153-156.

Prout, C. T. et al., *The Placebo Effect in Psychiatric Drug Research*, "J.A.M.A.", 1961, 176, 11, p. 920-925.

Racamier, C. P., Carretier, L., *Relation psychothérapique et relation medicamenteuse dans l'institution psychiatrique*, în: La relation médecin-malade ou cours de chimiothérapies psychiatriques (red. P. A. Lambert), Masson, Paris, 1965, p. 58-84.

Rikels, K. et al., "Clin. Pharmacol. Ther.", 1971, 12, p. 263-273.

Rikels, K., Cattell, R. B., *Psychotropic Drug Responde: Advances in Prediction* (P. R. A. May and J. R. Wittenborn eds.), Charles C. Thomas, Springfield, 1969.

Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Payot, Paris, 1969.

Schooler, R. Nina, *Antipsychotic Drugs and Psychological Treatment in Schizophrenia*, în: Psychopharmacology: A Generatin of Progress (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan, eds.), Raven Press, New York, 1981, p. 1155-1168.

Sheperd, M., *Méthodologie des essais cliniques en psychopharmacologie*, în: "Confrontations Psychiatriques. La Psychopharmacologie", 1972, 9, p. 145-162.

Sîrbu, Aurelia, Birț, M., *Importanța și particularitățile efectului placebo*, "Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1972, 17, 5, p. 453-457.

Uhlenhuth, E. H. et al., "Journ. Nerv. Ment. Dis.", 1969, 148, p. 52-64.

Capitolul VIII

PSIHOTERAPIA: PRINCIPII ȘI METODOLOGIE

În evantaiul metodelor psihoterapeutice extremele sunt ocupate de abordări care pot fi considerate clasice iar prin conținut, antitetice: psihanaliza și terapia comportamentală; prima ne apare ca marcată de un prudent analitism care îi trădează scepticismul, în timp ce a doua vădește un optimism hazardat care îi suspectează realismul.

1. Psihoterapia modernă: izvoare și istorie

Contemporană primului act terapeutic, psihoterapia a însoțit, în mod elocvent sau implicit, medicina în cursul istoriei sale, fiind prezentă și dincolo de ariile acesteia, oriunde omul avea nevoie de sprijinul moral al omului. În sinuoasa și îndelungata sa istorie, psihoterapia a cunoscut ritualurile primitive și magice, activitățile sugestive ale preoților din templul somnului al lui **Esculap**, hipnoza univoc-aplicată și aterapeutică a lui **J. M. Charcot**, divanul "frustrant" și în fond dezonorant al lui **S. Freud**, căutând firul realismului și validității prin ansamblul luxuriant, vag-coerent și relativ-eficient al tehnicilor moderne. Deși se afirmă tot mai mult în domeniul educațional-didactic, juridic și, în general, pe un amplu evantai social, psihoterapia și-a găsit vocația în domeniul medical, unde își află atât sorgintea, cât și consacrarea.

Inițial artă a alinării suferinței și a influențării comportamentului uman, psihoterapia își asumă în secolul nostru atributul de tehnică, evoluând în ultimele decenii pe linia unui profesionalism declarat, nefiind mai puțin adevărat că profesia de psihoterapeut nu poate fi exercitată cu succes decât de către cei care prezintă disponibilități în acest sens.

Fiind o profesie medicală ce are în vedere omul bolnav așa cum se comportă el în mod individual, psihoterapia implică nu numai știință și artă, ci și creativitate. Dezvoltând boala în manieră singulară, particulară, pacientul trebuie să fie abordat în mod individual, ca entitate unică, irepetabilă. Tocmai de aceea lui, în acel moment, în condițiile acelei boli, i se poate acorda sprijin psihologic terapeutic prin aplicarea unei anumite metode, într-un anumit mod.

Dacă arta influențării și alinării suferințelor corporale și a durerilor morale are origini preistorice, istoria științifică a psihoterapiei a fost scrisă în ultimul secol, fiind contemporană cu noțiunile care o desemnează. Astfel, termenul de "psihoterapeutic" a apărut în Anglia și aparține psihiatrului **D. H. Tuke**, promotorul unui curent de gândire

medico-psihologică ce căuta să ateste "influența spiritului asupra corpului". De fapt este vorba de o lucrare importantă pentru geneza psihoterapiei moderne pe care **D. H. Tuke** a intitulat-o "Ilustrări ale influenței minții asupra corpului, în stare de sănătate și boală" (1872). Fără îndoială că această lucrare a constituit un imbold pentru dezvoltarea psihoterapiei în Franța, unde, în 1886, a fost tradusă cu titlul întrucâtva modificat: "Corp și spirit; acțiunea moralului și a imaginației asupra fizicului."

Poate tocmai de aceea termenul de "**Psihoterapie**" a apărut și a fost consacrat în Franța, odată cu studiul lui **H. Bernheim**, "Hipnotism, sugestie, psihoterapie" (1891). Considerăm însă că în Franța termenul de psihoterapie a fost rapid preluat, răspândit și acreditat nu numai de către medici, ci și de către scriitori, în rânddul cărora trebuie menționați în primul rând **M. Barres** și **Stefan Zweig**. Referindu-se la psihoterapie, **St. Zweig** vorbea de "vindecarea spiritului prin spirit", dar și "a corpului prin spirit".

Considerăm că, în aserțiunea amintită, **St. Zweig** a fost influențat de **J. M. Charcot**, autorul ecuației, după el axiomatice: "pentru boală psihică, tratament psihic". Încredințându-i-se conducerea primei catedre de neuropsihiatrie din lume, **J. M. Charcot**, deja cunoscut prin studiile sale de neurologie, înființează la **Spitalul Salpêtrière** un veritabil centru internațional de perfecționare în domeniul bolilor mintale, prin activitatea căruia s-a afirmat nu atât neurologia sau psihiatria, ci, în primul rând, psihoterapia. Este suficient să menționăm că aici au lucrat, ca asistenți ai lui **J. M. Charcot**, oameni care prin ideile lor și-au înscris numele în istoria psihoterapiei ca **S. Freud, P. Janet, A. Binet**, precum și **H. Bernheim**, care a fost însă eliminat pentru nonconformismul ideilor sale, ce au constituit ulterior sistemul axial al psihoterapiei psihanalitice și al psihanalizei în general.

Un impuls considerat "decisiv" în dezvoltarea psihoterapiei și a psihanalizei l-au constituit ideile lui **H. Bernheim** de la Nancy. Aici, la "Academia rurală de la Nancy", cum se exprima în mod ironic **J. M. Charcot**, elevul său ostracizat, **H. Bernheim**, reinterpretează ideile postulativ-promovate de profesorul său de la Salpêtrière, asupra fenomenelor sugestiei și hipnozei. Totodată, în acest oraș de provincie, **H. Bernheim** a pus bazele psihanalizei, dezvoltată și aureolată în secolul nostru de către **S. Freud**, la Viena. Astfel, **H. Bernheim** a demonstrat că multe din "nevrozele isterice" care alcătuiau "cazurile" lui **J. M. Charcot** erau fenomene de sugestie hipnotică induse de acesta. În plus, **H. Bernheim** a impus ideea că starea hipnotică este un somn determinat prin sugestie, respectiv prin dezvoltarea unei predispoziții prezente la majoritatea oamenilor. De altfel, orice sugestie, ca și forma deplină a acesteia, hipnoza, constituie o abordare superficială și efemeră adresată în mod special simptomelor. Acestea reapar însă relativ repede după o astfel de terapie.

Acuzându-se caracterul superficial al sugestiei și hipnozei, s-a considerat că orice psihoterapie autentică trebuie să meargă în profunzime, căutând elucidarea și, respectiv, eliminarea rădăcinilor tulburării; este ceea ce își propune psihoterapia psihanalitică, ce se dezvoltă în secolul nostru pe ideile desprinse din inducția hipnotică.

Istoria psihoterapiei nu poate fi completă fără contribuția remarcabilului psiholog

și psihiatru **Pierre Janet**, care, inspirat din ideile fecunde ale Școlii de la Salpêtrière, publică, printre altele, lucrarea "Medicațiile psihologice" și întreprinde două cicluri de conferințe: la Boston (1904-1906) și, respectiv, la Paris, referitoare la "noțiunile psihologice implicate în metodele de psihoterapie".

Tot un elev al școlii de la Salpêtrière, **Alfred Binet**, preconizează extinderea aplicării sugestiei și în general a psihoterapiei în domenii extramedicale și mai ales în acela al pedagogiei. La rândul ei, psihoterapia modernă, prin metodele sale atât de variate, caută și folosește în mod explicit sau disimulat idei valoroase din domeniul psihopedagogiei, sociologiei, eticii și filozofiei.

De fapt, istoria psihoterapiei este în mod strâns corelată cu istoria culturii, iar pe un plan mai general, psihoterapia include concepția despre om a epocii și rolul lui în societate. Metodă terapeutică în esența sa medicală, prin scopul său declarat - asigurarea sănătății mintale - , psihoterapia este în fapt o expresie a culturii și include în cadrul tehnicilor sale reguli de conduită, valori morale, care, la rândul lor, descind din norme și modele culturale.

2. Psihoterapia ca expresie a culturii

Veche ca și medicina în accepția ei empirică, "nașterea psihoterapiei moderne este datată cu aproximativ 100 de ani în urmă, odată cu celebra pacientă a lui **J. Breuer**, **Anna O**, ... de atunci, psihoterapia modernă este privită ca o armă majoră împotriva dificultăților personale și interpersonale din viața oamenilor și este căutată cu aviditate de milioane de inși tulburați" (**T. E. Schacht, H. H. Strupp**, 1985, p. 1473).

Desigur, psihoterapia este tot mai intens căutată, dar numai într-o mică măsură poate fi efectiv realizată. De fapt, nevoia de psihoterapie, considerată încă un tratament costisitor și greu accesibil, a devenit un simbol de statut al pacientului societății moderne. El, pacientul, nu mai este actualmente satisfăcut prin anodinul "Rp", întrucât, orice recomandare de medicament este deseori considerată ca un gest de nonangajare, ca o disimulată desolidarizare de la datoria medicului de "a-l lua în sarcină" pe pacient, cu ansamblul problemelor sale medicale, psihologice și, nu rareori, sociale.

Fără îndoială că îmbunătățirea continuă a volumului și calității asistenței medicale, ca și extinderea continuă a asigurării ocrotirii sănătății la un număr tot mai mare de membri ai societății a răspuns în mare măsură dezideratului accesibilității. Din această perspectivă, astăzi, mai mult decât oricând, oamenii cer răspunsuri rapide și soluții magice, nu numai pentru problemele lor medicale, cât și pentru cele de viață.

Dintotdeauna oamenii au aspirat la alinarea suferințelor și înlăturarea bolilor, sperând uneori în procedee utopice, dar astăzi expectațiile lor pentru gratificare imediată, insuflate de marile realizări din domeniul tehnic și induse prin mijloacele mass-mediei, depășesc posibilitățile efective ale științei medicale actuale, cu atât mai mult ale psihoterapiei. În astfel de condiții greșesc acei terapeuți care vin în întâmpinarea

expectațiilor pacienților cu zelul nejustificat al exacerbării speranțelor, ignorând faptul că astfel pavează calea dezamăgirilor. Mai mult decât oricând, acum când pe baza unor informații "culturale", pacientul suprainvestește puterea sanogenetică a actului terapeutic, medicul, conștient de realele sale posibilități, trebuie să prezinte și să promoveze încrederea reținută față de prognostic, ceea ce corespunde dictonului freudian al **"neutralității binevoitoare"** față de pacient.

În privința naturii psihoterapiilor, este unanimă aprecierea conform căreia tehnicile de psihoterapie, deși inspirate de o anumită teorie, de un anumit curent psihologic sau filozofic, sunt o expresie a practicii medicale, o creație a specialiștilor în sănătate mintală, confruntați cu manifestările clinice ale pacienților sau cu dificultățile lor de viață. Dar tulburarea psihică, precum și boala mintală implică o componentă socială, atât în simptomatologie, cât mai ales în etiologie și tocmai de aceea demersul și soluțiile propuse de psihoterapie reflectă spiritul vremii în care trăiește pacientul și sunt o parte a culturii acesteia.

Avându-și sorgintea în diferinte curente și teorii antropologice, metodele de psihoterapie sunt însă adaptate culturii (materiale și spirituale) în care pacientul își desfășoară existența. Tocmai de aceea, în drumul spre dezideratul său, sănătatea mintală și fizică, psihoterapia nu urmărește numai înlăturarea simptomelor, ci și asimilarea unor reguli de conduită expectate în respectiva societate, dar și a normelor culturale și în special a valorilor morale. În fond, istoria psihoterapiei, corelată cu istoria medicinei, este de fapt legată de istoria culturii, pe care o rezumă în mod concret, aplicativ, printr-un demers elaborat asupra omului în dificultate sau bolnav, spre binele și sănătatea lui.

3. Definițiile și accepțiunile psihoterapiei

În mod aparent paradoxal, definirea psihoterapiei a devenit, odată cu creșterea complexității și a numărului metodelor sale, tot mai dificilă, fiind marcată de ambiguitate, de maximă generalitate sau de limite impuse de necesitatea sublinierii unui anumit grad de specificitate. Din aceste motive, definițiile psihoterapiei sunt extrem de numeroase, impunând o sistematizare a lor în funcție de eventuale criterii urmate, după cum cei mai mulți psihoterapeuți, în prezentările lor, renunță la definirea psihoterapiei în ansamblu, limitându-se la definirea metodei în discuție. În fapt, definițiile psihoterapiei prezintă sau o imprecizie deliberată spre a putea cuprinde toate posibilitățile, sau o precizare greu acceptată ce are în vedere o anumită perspectivă sau metodă care se dorește acreditată.

În ansamblu, definițiile psihoterapiilor le putem sistematiza în cel puțin două categorii, pe care le denumim: acțional-operaționale și descriptiv-didactice.

Definițiile acțional-operaționale consideră că psihoterapia constituie "un demers mutual între terapeut și pacient, demers orientat spre investigarea și înțelegerea naturii suferinței psihice a celui din urmă în scopul vindecării suferinței" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 33) sau "o relație de îngrijire profund umană și de încredere reciprocă între două

persoane, pacientul care suferă de o tulburare psihică și terapeutul, care posedă pregătirea, aptitudinile, ambii motivați de a diminua această suferință prin interacțiuni conștiente, verbale și nonverbale"(**T. J. Paolino, Jr.**, 1981, p. 13).

Definițiile descriptiv-didactice prezintă psihoterapia "ca o disciplină științifică destinată să faciliteze schimbări ale comportamentului uman prin operații tehnice specifice" sau ca "o încercare de a descoperi sensuri ale existenței umane prin autoexplorare și înțelegere, mediată de un psihoterapeut" (**H. H. Strupp, G. Blackwood**, 1976, p. 1919). De asemenea, "psihoterapia poate fi definită ca o procedură de tratament sau ca o gamă de proceduri de tratament care este mediat printr-un schimb verbal între pacient și clinician, ... al căror scop este ameliorarea simptomelor și îmbunătățirea adaptării sociale" (**H. J. Walton**, 1983, p. 643).

Din **perspectivă descriptiv comprehensivă** definim psihoterapia ca o formă de tratament psihologic structurată în tehnici și metode, aplicată în mod deliberat, în grup sau individualizat, de către un terapeut specializat,

- omului sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral și o mai bună sănătate;
- celui cu dificultăți de relaționare, pe care îl ajută spre o mai bună integrare;
- celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;
- sau celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viață și de resocializare.

4. Sensurile și semnificațiile noțiunii de psihoterapie

Psihoterapia poate fi analizată sub unghiul sensului său, respectiv al tehnicii sau al atitudinii, al metodei de lucru sau al activității psihoterapeutului.

Tehnica psihoterapeutică are în vedere demersul deliberat, sistematizat, cu referire la un anumit mod de funcționare mentală.

Atitudinea psihoterapeutică are în vedere modul concret de intervenție psihologică, nesistematică, științifică sau empirică în cadrul practicii medicale sau pedagogice.

Activitatea psihoterapeutică include în sfera sa atitudinea psihoterapeutică, realizând totodată un pas spre metoda psihoterapeutică. Pe de altă parte, activitatea psihoterapeutică "ar avea sensul atribuit acțiunii terapeutului" (**A. Jeanneau, Ch. Brisset**, 1982, p. 1). Oricum, tehnicile și metodele de psihoterapie sunt aplicate pe acest fundal de activitate psihoterapeutică.

Metoda de psihoterapie, care cuprinde anumite tehnici, se bazează pe comunicarea verbală într-o relație de ajutorare dintre pacient și terapeut, în scopul ameliorării simptomelor sau îmbunătățirii adaptării sociale. Metoda impune investigarea de către psihoterapeut a problemelor de viață ale pacientului și a originii dificultăților în experiența de viață a acestuia. În cadrul metodei utilizate, clinicianul favorizează și dezvoltă adaptarea

curentă a pacientului, identificând și folosind elementele pozitive din viața și situația acestuia (respectiv "partea lipsită de conflicte a **Sinelui**"). Alteori, terapeutul încearcă să reducă sentimentele de culpabilitate sau să modifice atitudinile defetiste și lumea prezumtivă a pacientului, acționând asupra activității **Superego**-ului.

După cum s-a precizat, orice metodă de psihoterapie constituie expresia aplicativă a unei teorii filosofice, psihologice sau psihopatologice, cu privire la modul de funcționare a psihismului sau la cauzele tulburărilor psihice. În funcție de metoda utilizată, terapeutul are astfel un cadru teoretic necesar ordonării observațiilor și intervențiilor sale.

Desigur, concepția teoretică și, în funcție de aceasta, conținutul metodei de psihoterapie, deși necesare, nu sunt suficiente în sine, fiind nevoie de anumite atribute personale (angajare neposesivă, dorință autentică de sprijin, empatie corectă) ale terapeutului în vederea aplicării corecte a metodei și a obținerii succesului. Tocmai de aceea nici o metodă de psihoterapie nu este terapeutică în sine, ci prin raport cu o tulburare specifică a pacientului într-un moment particular al vieții acestuia. Aceasta întrucât fiecare pas al demersului psihoterapeutic "trebuie să aibă o rațiune conceptuală adaptată specificității pacientului, iar terapeutul trebuie să se dovedească flexibil în raport cu propriile sale standarde teoretice" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 38).

Sub aspectul semnificației, noțiunea de psihoterapie tinde spre o mai bună delimitare, spre o mai netă conturare. Astfel, se recomandă ca această noțiune "să fie rezervată acelor metode și tehnici destinate să realizeze scopuri specifice și specificabile, pe baza cărora se poate măsura eficiența lor" (**H. H. Strupp, G. Blackwood**, 1976, p. 1919). Se dorește astfel excluderea din sfera noțiunii de psihoterapie a acelor metode care au în vedere rezolvarea unor probleme existențiale sau a celor invocate să aducă "liniștea sufletească prin meditație sau contemplație" (**Ibidem**).

În opoziție cu acestea, în cadrul psihoterapiilor sunt incluse numai acele metode și tehnici destinate să determine schimbări specifice în aria dispoziției, cogniției și comportamentului, susceptibile de observare clinică empirică și de evaluare științifică. De asemenea, într-o amplă anchetă efectuată în rândul psihiatrilor, 76% dintre ei au considerat că termenul de psihoterapie trebuie folosit "numai acolo unde există o acțiune deliberată de a trata pacientul prin mijloace psihologice și nu trebuie considerat ca referindu-se pur și simplu la efectele benefice ale relației medic-pacient" (**H. J. Walton**, 1983, p. 646).

5. Izvoare teoretice și modele operaționale în psihoterapie

Distincția între diferitele metode de psihoterapie nu constituie o subtilitate semantică, ele fiind expresia unor teorii sau curente filosofice, psihologice sau sociologice asupra modului de organizare și funcționare a psihismului, sau referitoare la patogenia tulburărilor mintale. La rândul lor, aceste teorii, curente sau concepții, determină atât conținutul metodelor, cât și scopurile psihoterapiilor, precum și tehnicile desemnate și

utilizate în vederea realizării acestor scopuri. Astfel, cele mai nete diferențe au fost constatate între psihoterapiile psihanalitice și psihoterapiile comportamentale prin studii comparative efectuate de **R. B. Sloane** et al. (1975) și **F. Staples** et al. (1975).

Totodată, fiind o "știință aplicată", psihoterapia are nevoie de legi generale, principii și teoretizări atât asupra modului de funcționare, cât și asupra factorilor și mecanismelor tulburărilor psihice. Din această perspectivă, izvoarele teoretice ale psihoterapiei nu pot fi altele decât concepțiile și teoriile psihopatologice, psihologice sau filozofice.

Nu întotdeauna însă relația dintre o anumită metodă psihoterapeutică și teoria psihopatologică sau psihologică din care derivă este explicită. Uneori această corelație este clară și directă, așa cum întâlnim în cazul psihanalizei și al psihoterapiei cognitive. Alteori însă corelația este mai mult invocată decât demonstrată sau este situată în zona dezirabilului. Astfel, într-un studiu comparativ efectuat de **D. Naftulin** et al. (1975) asupra psihoterapeuților freudieni, adlerieni, jungieni, kleinieni și comportamentiști, se constată că"evaluările descriptive" ale diferitelor metode aplicate nu au găsit diferențe între diferitele metode și școli de gândire, după cum s-au așteptat cercetătorii sau chiar susținătorii acestor teorii. De asemenea și alte studii comparative asupra diferitelor metode de psihoterapie ilustrează că "orientarea teoretică afirmată (cu privire la natura procesului de vindecare) nu este sincronă cu aplicarea concretă a respectivei metode" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 4).

La rândul lor, psihoterapeuții se deosebesc între ei sub aspectul modelelor lor operaționale referitoare la psihicul și la comportamentul uman, abordările lor terapeutice deosebindu-se în mod corespunzător. Fiecare terapeut pune accent asupra concepțiilor teoretice pe care le cunoaște mai bine, care l-au convins prin veridicitate și, în consecință, va utiliza metoda psihoterapeutică ce corespunde concepțiilor respective. Totodată, nu trebuie omis faptul că metoda psihoterapeutică dominantă într-o anumită epocă este influențată în mare măsură de valorile socio-culturale ale timpului și locului respectiv.

Pe de altă parte se constată că, în practică, relația între adeziunea teoretică și abordarea psihoterapeutică reală este vagă și nerelevantă. Cu alte cuvinte, "afilierea la o anumită tendință teoretică nu este relevată în tehnicile psihoterapeutice concret utilizate" (**R. Peliser**, 1988, p. 1089), în activitatea lor concretă psihoterapeuții fiind mai asemănători decât atestă diferențele invocate de concepția lor psihologică sau filosofică.

6. Tehnici și metode în psihoterapie

În ultimile două decenii, psihoterapia a devenit tot mai elaborată și diversificată, "inventariindu-se peste 140 de forme prezumtive de psihoterapie practicate în mod curent" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 3), pentru ca, în anul 1980, numărul tehnicilor de psihoterapie existente să fie estimat la 200 (**J. Guyotat**, 1986, p. 7).

Fiind atât de numeroase, tehnicile, ca și metodele de psihoterapie nu pot fi clar delimitate, cu conținut și moduri de acțiune distincte și bine precizate. Desigur, există

specialiști care susțin individualitatea și superioritatea fiecărei tehnici sau metode nou elaborate, după cum există dovezi numeroase că astfel de opinii sunt, în mare măsură, nefondate. Considerăm însă că numărul mare de tehnici și metode de psihoterapie nu trebuie considerat ca o expresie a succesului în acst domeniu, întrucât pot fi aduse și argumente contrare.

Ca și în psihofarmacologie, unde numărul psihotropelor este mai mare decât al medicamentelor utilizate în toate celelalte ramuri ale medicinei, numărul mare al tehnicilor și metodelor de psihoterapie exprimă mai degrabă insaturația domeniului, ca și insatisfacția specialiștilor că nu au găsit încă o metodă (respectiv o substanță psihotropă) care prin eficacitatea sa să satisfacă necesitățile terapeutice concrete.

Desigur, numărul mare al tehnicilor și metodelor de psihoterapie a impus sistematizarea lor, în funcție de anumite criterii, în rândul cărora distingem:

- metode de psihoterapie **orientate emoțional** sau afectiv;
- metode de psihoterapie **orientate intelectual** sau cognitiv.

Din punctul de vedere al demersului aplicativ, se disting tehnici și metode de psihoterapie bazate pe următoarele criterii:

- **investigativ**, preocupate în mod esențial de cunoașterea organizării psihismului uman;
- **etic**, ce au în vedere valorile umane și, corelat lor, normele și regulile comportamentului uman;
- **curativ**, care urmăresc în mod declarat, univoc și strict direcționat, eliminarea simptomului și, teoretic, vindecarea pacientului.

Sub un anumit unghi, psihoterapia presupune pentru pacient un proces de învățare (a normelor, regulilor, conduitelor dezirabile, a modului de relaționare, a capacității de testare - a realității - și de integrare în realitate), proces care se realizează prin: - identificare, - condiționare,- clarificare (**insight**).

În funcție de "pivoții distinctivi ai fiecărei școli" (**T. B. Karasu, L. Bellak**, 1980, p. 5), psihoterapiile pot fi împărțite în **dinamice, comportamentale** și **experiențiale**, fiecare categorie având un cadru conceptual propriu, ca și un sistem de convingeri cu privire la natura psihicului uman și a tulburărilor psihice, concepție pe care se bazează modalitățile terapeutice.

Psihoterapiile dinamice au la bază aserțiunea conform căreia toate fenomenele mentale sunt rezultatul interacțiunii conflictuale a unor forțe intrapsihice, inaccesibile conștiinței omului și cărora el le opune rezistență; în consecință, scopul psihoterapiei constă în facilitarea emergenței și înțelegerii conținutului inconștient al psihismului.

Psihoterapiile comportamentale pornesc de la premisa că orice comportament, normal sau anormal, este produsul a ceea ce a învățat sau nu a învățat insul; în consecință, bolile psihice ar fi deprinderi învățate sau răspunsuri dobândite în mod involuntar, repetate și întărite de stimuli specifici din mediu. Pentru vindecarea lor, pacientul trebuie să învețe noi alternative comportamentale, care trebuie exersate, atât în cadrul situației terapeutice, cât și în afara ei.

Psihoterapiile experiențiale au ca punct de plecare situația de subestimare a dimensiunilor etice ale omului și a relațiilor sale morale cu ceilalți; omul nu poate fi cunoscut numai prin analiza comportamentului său manifest, ci și prin înțelegerea trăirii (experienței) lui interioare. Sub acest unghi, omul sănătos este considerat ca o entitate inerent activă, autoafirmată, autopotențată și luptătoare, dotată cu o capacitate aproape nelimitată de creștere și dezvoltare. În consecință, psihoterapia are în vedere nu numai vindecarea bolii, ci și dezvoltarea insului atât prin atingerea unei maxime conștientizări, cât și prin dezvoltarea unor dimensiuni "expansive", ca autodeterminarea, creativitatea și autenticitatea.

Dacă, sub aspect teoretic, metodele de psihoterapie care fac parte din categorii diferite "invocă" în mod exclusiv aspectul dinamic, comportamental sau experiențial, în mod praetic diferențele dintre ele nu se manifestă cu aceeași rigoare. Terenul comun al tuturor metodelor de psihoterapie este de fapt boala mintală sau fizică, tulburarea emoțională sau comportamentală, a căror abordare se realizează prin comunicare verbală sau nonverbală, în contextul unei relații terapeutice speciale între terapeut și pacientul care trăiește experiențe afective (catharsis, abreacție etc.), beneficiază de reglări comportamentale (sfaturi, ghidări etc.) și corectări cognitive (explicație, clarificare etc.), toate acestea cu referire concretă la tulburările, preocupările sau problemele sale.

Pe de altă parte, metodele de psihoterapie pot fi sistematizate în funcție de două axe, orizontală și verticală, cu patru poli de referință: grupul-corpul și, respectiv, instituția-comunicarea.

Axa orizontală, la ai cărei poli se află grupul și corpul, este axa sincroniei, a simbiozei, al caracterului imediat al durerii sau plăcerii; este "axa emoției, în care semnificatul și semnificantul ar fi echivalente" (**J. Guyotat**, 1986, p. 12). Așa cum subliniază autorul, pe această axă se desfășoară efectele psihoterapiei corelate cu:

- **conștiința corpului**, ce are în vedere durerea, relaxarea, plăcerea etc., pe care psihoterapeutul încearcă să le descopere la pacienții săi;
- **procesul psihoterapeutic**, care se referă la "corpul emoțional";
- **efectele de grup**, de corp grupal, în care se dezvoltă stări de securizare bazate pe idealizarea terapeutului, pe efectele de rezonanță, de oglindă etc.

Axa verticală, care prezintă la poli instituția și comunicarea, "vehiculează efecte în raport cu diacronia, succesiunea, diferența, temporizarea" (**Ibidem**). Este axa interpretării care vine din partea psihoterapeutului (ilustrată prin tehnica psihanalitică) sau a grupului, care îl obligă pe pacient "să se situeze în raport cu legea".

7. Factori comuni (nonspecifici) în psihoterapie

Diversitatea metodelor de psihoterapie nu anulează caracteristicile comune tuturor abordărilor psihoterapeutice. În legătură cu aceasta, menționăm încă de la început faptul că, în condițiile medicale actuale, metodele de psihoterapie cele mai divergente (în

tendința lor de mai mare aplicabilitate și a cuprinderii unui număr cât mai mare de pacienți) găsesc mijloacele de apropiere și chiar puncte contingente. Din această perspectivă, cei doi poli spre care erau orientate scopurile celor mai multe metode de psihoterapie, și anume:

- **rezolvarea conflictului intrapsihic** în contextul unei relații transferențiale imaginare și frustrante și

- **adaptarea la realitatea curentă** în contextul unei alianțe terapeutice reale și gratificante, tind să se apropie, regăsindu-și elemente comune.

Pe de altă parte, există anumite caracteristici sau trăsături considerate ca "fundamentale pentru toate psihoterapiile" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 3), printre care menționăm:

- **o relație de sprijin**, în cadrul căreia o persoană (pacientul) are nevoie de ajutor și o alta (terapeutul) ce are competența și dorința de a o ajuta;

- un pacient cu **dorință de schimbare** și un terapeut care îl acceptă și îl respectă;

- **o explicație** terapeutică **clară și rațională**, prezentată de terapeut și acceptată de pacient;

- **o relație cu** un anumit **coeficient emoțional**, bazată pe încredere;

- furnizarea unor informații referitoare la natura și sursele problemelor pacientului, care îi sunt transmise pe cale cognitivo-perceptivă sau prin clarificare (**insight**);

- întărirea expectației pacientului de a fi ajutat prin puterea persuasivă a terapeutului;

- facilitarea unor experiențe de succes și a unui "**arousal**" emoțional, aspecte care întăresc speranța pacientului și sentimentul său de competență interpersonală.

Acești factori nonspecifici, comuni tuturor psihoterapiilor, se află într-o corelație negativă cu specificitatea tehnicilor psihoterapeutice; uneori factorii comuni pot determina succesul unei metode de psihoterapie în cadrul căreia elementele specifice să fie nerelevante sub aspectul eficacității; alteori, caracterul specific al tehnicii psihoterapeutice poate estompa efecte atribuibile unor trăsături nonspecifice ale relației pacient-terapeut.

Acest raport între factorii comuni tuturor metodelor de psihoterapie și factorii specifici, determinați de diversitatea și caracterul particular al metodelor, a fost analizat în ultimele două decenii odată cu proliferarea metodelor și tehnicilor psihoterapeutice.

8. Aria obiectivelor psihoterapiilor

Întrucâtva sinonime scopurilor, obiectivele psihoterapiilor, asemenea altor abordări terapeutice, par atât de evidente, încât încercarea de argumentare sau de explicitare devine inutilă. Și totuși, spre deosebire de terapiile farmacologice, al căror obiectiv nu poate fi reglat, ci în cel mai bun caz proporționat, așteptându-se "reacția oarbă" a acțiunilor farmacodinamice și farmacocinetice, în cazul psihoterapiilor, obiectivele, ca și scopurile, nu sunt doar expectate, ci planificate, reglate, direcționate, conștient orientate, în funcție

de problematica pacientului, disponibilitățile terapeutului, ca și de metoda utilizată. Pe de altă parte, prin fiecare metodă de psihoterapie terapeutul își propune un anumit obiectiv, urmează o anumită cale în vederea ameliorării și vindecării pacientului. Astfel, prin terapie comportamentală se urmărește eliminarea simptomului cu ajutorul anumitor tehnici, în timp ce prin psihoterapie psihanalitică se are în vedere restructurarea personalității pacientului.

În linii de maximă generalitate, obiectivele psihoterapiilor pot fi imediate sau de perspectivă. Obiectivele imediate sunt orientate asupra ameliorării stării pacientului, în timp ce obiectivele de perspectivă au în vedere reorganizarea personalității, adecvarea comportamentului și creșterea disponibilităților de relaționare și integrare.

Obiectivele imediate, orientate asupra stării de sănătate, urmăresc:

- intervenția în criză și eliminarea anxietății;
- reducerea simptomatologiei specifice;
- rezolvarea unor probleme limitate;
- realizarea unei clarificări într-o zonă circumscrisă de conflict.

Obiectivele de perspectivă, orientate asupra reorganizării personalității și ameliorării comportamentului, au în vedere:

- reducerea intensității conflictului;
- întărirea defenselor și a capacității integrative;
- reorganizarea structurilor defensive;
- modificarea conflictelor inconștiente fundamentale;
- redistribuția mai mult sau mai puțin profundă a investițiilor afective în vederea unei dezvoltări armonioase a personalității;
- modificarea organizării personalității în direcția funcționării adaptative și mature.

Obiectivele amintite pot fi formulate relativ independent (în sensul că în fața unui pacient în criză ne formulăm obiective imediate, în timp ce, pentru un pacient cu **Ego** slab, nevrotic, ne propunem obiective de perspectivă), după cum ele pot fi înscrise într-o anumită ordine, succesiunea lor fiind în funcție de starea și situația pacientului. Totodată, obiectivele inițial stabilite pot fi constant urmărite, după cum pot fi modificate în succesiunea lor ori în conținut, sau pot fi înlocuite cu altele, considerate mai adecvate. Desigur, schimbarea obiectivelor este determinată de numeroși factori și, în primul rând, de disponibilitatea și "**responsivitatea**" pacientului față de psihoterapie.

Fără îndoială că obiectivul major al psihoterapiei constă în realizarea unor schimbări ale personalității pacientului care să-i permită o mai bună adaptare față de sine și față de lume. Deși cele mai multe obiective sunt axate în primul rând asupra fenomenologiei clinice a bolii și în al doilea rând asupra etiopatogeniei manifestărilor, obiectivul final al psihoterapiei constă în realizarea unei sănătăți mintale înalt calitative, capabile să asigure realizarea maximă a potențialului uman al insului. De fapt, aceasta constituie nu numai obiectivul final, ci și dezideratul psihoterapiei psihanalitice formulat de creatorul psihanalizei, care preconiza ca terapeutul "... să facă totul pentru ca aptitudinile pacientului

să se realizeze făcându-l pe acesta atât eficient, cât și capabil să se bucure, pe cât este posibil" (S. Freud, 1923, p. 251).

9. Orientări psihoterapeutice în diferite situații clinice și condiții nosografice

Evantaiul eficacității psihoterapiei în funcție de acțiunile sale, de la cele generale la cele specifice, impun precizarea anumitor criterii de orientare în privința alegerii metodei psihoterapeutice în fața diferitelor situații clinice. Astfel:

- **pacientul cu manifestări psihopatologice acute**, recent apărute, consecutive unor situații psihostresante, beneficiază în primul rând de o psihoterapie suportivă, superficială și abreviată;

- **pacientul cu dificultăți de adaptare și de relaționare**, cu situații interpersonale conflictuale, cu stimă de sine redusă și cu manifestări psihopatologice cronice, trebuie angajat într-o psihoterapie elaborată, de profunzime și îndelungată;

- **pacientul cu personalitate fragilă, cu Ego slab** și cu nivel de anxietate ridicat, are nevoie de o psihoterapie mai directă, mai concretă și mai bine structurată;

- **în tulburări nevrotice, tulburări de personalitate**, în depresii de mai mică intensitate ca și în stări de anxietate, pot fi recomandate metode psihoterapeutice aparținând uneia din cele trei arii psihoterapeutice principale: dinamică, umanistă sau comportamentală;

- **în tulburări psihotice** (schizofrenii, boli afective bipolare, depresii majore etc.), psihoterapia ca unică abordare terapeutică, nu este suficientă, fiind necesară asocierea cu psihofarmacoterapia și cu socioterapia;

- **în alcoolism, toxicomanie** și în unele tulburări de personalitate (cu deficit etic și comportamental), psihoterapia are un rol complementar, fiind mai indicate abordările de grup și socioterapia;

- **în tulburări psihosomatice**, psihoterapia se înscrie ca adjuvant terapiei biologice specifice, această abordare dovedindu-se superioară față de terapia biologică singulară;

- **în tulburări obsesivo-compulsive**, ca și în fobii simple, este recomandată terapia comportamentală mai ales sub forma desensibilizării sistematice, eventual asociată cu o formă de relaxare;

- **în deficiențe mintale**, domeniu considerat până în ultimii ani exclus abordării psihoterapeutice, se recomandă terapia comportamentală, susceptibilă să determine ameliorarea funcțională sub aspect ocupațional, ca și în domeniul autonomiei și al socializării;

- **în tulburări de cuplu** este contraindicată psihoterapia individuală, recomandându-se includerea ambilor parteneri.

10. Selecția pacienților pentru psihoterapie și interviul inițial, investigativ-instructiv (evaluarea de orientare în psihoterapie)

Asemenea unui tratament chirurgical care nu poate fi efectuat în orice condiții somatice (în stare de șoc, de caşexie sau boală severă, în special cardio-vasculară), psihoterapia nu poate fi efectuată în orice situații clinice sau oricărui pacient care o solicită, fără a-i prejudicia succesul. Desigur, rigorile selecției depind în primul rând de metoda psihoterapeutică ce urmează a fi aplicată, ca și de scrupulozitatea psihoterapeutului. Din acest punct de vedere, psihoterapia psihanalitică impune selecția cea mai severă, în opoziție cu terapia comportamentală, în care posibilitatea de acceptare este cvasitotală.

Pe de altă parte, natura tulburării pacientului, amploarea manifestărilor sale clinice, gradul de organizare a personalității sale, precum și capacitatea sa de testare a realității impun, de asemenea, rigori selecției.

În linii generale, pentru a putea fi înscris într-o cură de psihoterapie, pacientul trebuie să prezinte:

- motivație clară pentru psihoterapie;
- dorință puternică de schimbare;
- un anumit grad de forță a **Ego**-ului;
- o anumită capacitate de relaționare;
- un anumit grad de dezvoltare cognitivă, etc.

Această enumerare a condițiilor, veritabilă grilă a rigorilor, poate fi privită ca o relicvă psihanalitică ce este impusă în mod eronat oricărei psihoterapii. Astfel, se susține că "psihoterapia este în primul rând eficace pentru tineri, adulți anxioși, motivați, suferind de tulburări minore, ca și pentru indivizi care prezintă o funcționare socială satisfăcătoare, capacitatea de a se exprima în plan afectiv și resurse personale suficiente" (**R. Peliser**, 1988, p. 1084).

Expresie a caracterului elitist al psihoterapiei deceniilor trecute, ce caracteriza în primul rând psihoterapia psihanalitică, o constituie suita adjectivelor care exprimă tot atâtea condiții: tânăr, atrăgător, bogat, volubil, inteligent și cu succes, redată prin termenul **YARVIS** (**young, attractive, rich, verbal, intelligent** and **successful**).

Așa cum se va putea constata din prezentarea principalelor metode de psihoterapie, aceste condiții dezirabile ale pacientului candidat la psihoterapie nu mai sunt impuse actualmente nici de reprezentanții psihoterapiei psihanalitice care le-au preconizat.

După selecția pacienților are loc cel puțin o **ședință de psihoterapie cu caracter investigativ-instructiv**, în cadrul căreia sunt cunoscute expectațiile pacienților, care, în același timp iau act de conținutul, dar mai ales de forma psihoterapiei. Unii terapeuți vorbesc despre o "fază inițială a psihoterapiei, nesistematizată și nespecifică, după care urmează cura de psihoterapie propriu-zisă. De fapt, inițierea psihoterapiei prezintă întotdeauna anumite dificultăți care se întâlnesc deseori și la încheierea ei. În orice caz,

"faza inițială a psihoterapiei este mai haotică decât tot ceea ce urmează" (**L. Friedman**, 1975, p. 95).

În cadrul acestor ședințe inițiale sau de "evaluări orientative", pot fi distinse următoarele caracteristici:

- pacientul obține anumite informații referitoare la natura și mecanismele tulburării sale, ca și asupra conținutului și modului de desfășurare a psihoterapiei;
- terapeutul permite pacientului să treacă de la un subiect la altul sau poate iniția o comutare a temelor în discuție când constată că pacientul devine anxios sau reticent;
- terapeutul se va concentra nu atât asupra acuzelor inițiale ale pacientului, cât mai ales asupra trăsăturilor personalității sale;
- abținerea terapeutului de a formula vreo judecată asupra pacientului;
- terapeutul va manifesta un interes reținut, neostentativ față de pacient, ca și dorința de a-l ajuta;
- în urma evaluării orientative a problematicii pacientului, terapeutul va stabili numărul ședințelor pe care le consideră necesare pentru pacientul respectiv.

În interviul inițial, respectiv în faza inițială a psihoterapiei, prin această evaluare de orientare psihoterapeutul "încearcă să portretizeze în mod empatic pacientul și lumea sa interioară, forțele și slăbiciunile sale, laturile sale sănătoase ca și pe cele patologice" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 35).

Totodată, terapeutul trebuie să asculte cu atenție și interes nu numai conținutul manifest, ci și semnificațiile latente, inconștiente, din relatarea pacientului. În plus, terapeutul trebuie să încurajeze pacientul în exprimarea directă, neelaborată a gândurilor și sentimentelor sale, în pofida dificultăților inerente întâmpinate în acest studiu preliminar al psihoterapici. În nici un moment nu poate fi omis faptul că preocuparea atentă și autentică a terapeutului pentru situația și istoria pacientului său oferă fundamentul oricărui demers terapeutic.

11. Cadrul și programul de desfășurare a psihoterapiei

Psihoterapia se desfășoară într-o încăpere sobru mobilată, cât mai puțin ornamentată, asigurându-se condițiile unui anumit grad de privare senzorială, prin eliminarea, pe cât este posibil, a stimulilor vizuali sau sonori. În felul acesta se asigură condiții maxime concentrării pacientului asupra evocării amintirilor reprimate, realizării asociațiilor libere și elaborării conținutului necenzurat al materialului de viață al pacientului.

Psihoterapia modernă sau, mai corect spus, toate metodele actuale de psihoterapie, cu excepția analizei tradiționale, recomandă ca, în cazul psihoterapiei individuale, pacientul și terapeutul, așezați în fotolii **"face to face"** să se privească în timpul ședinței. De asemenea, în timpul psihoterapiei de grup nu este permis ca spațiul din mijloc să fie ocupat de masă, pacienții ocupând locuri în fotoliile așezate în cerc, pentru a putea fi observată nu numai mimica, ci și mișcarea mâinilor și postura în ansamblu.

Într-un astfel de cadru, pacientul participă la psihoterapie de două ori pe săptămână, în ședințe a căror durată este de 45-50 minute.

Stabilirea unui program regulat al curei psihoterapeutice, cu o ritmicitate a ședințelor, se impune cu necesitate și va fi alcătuit în funcție de:

- situația specifică a pacientului (natura și caracterul fenomenologiei clinice, nevoia și capacitatea de a menține o relație terapeutică);
- specificul metodei de psihoterapie aplicate;
- obiectivele și scopurile stabilite prin psihoterapie etc.

12. Eficacitatea reală și aparentă a psihoterapiilor

Considerată ca "o parte integrantă a practicii clinice a psihiatriei" (**H. J. Walton**, 1983, p. 643) sau "ca armă majoră împotriva dificultăților personale din viața oamenilor" (**T. E. Schacht, H. H. Strupp**, 1985, p. 1473), psihoterapia este încă suspectată și analizată sub aspectul eficienței sale reale. În această privință două probleme se impun cu necesitate analizei empirice imediate: aceea a duratei și istoriei naturale a episodului psihopatologic și problema "restructurării" personalității pacientului.

Istoria naturală a episodului psihopatologic este întotdeauna mai scurtă decât durata tratamentului psihologic. Într-adevăr, bolile psihice în general au o evoluție episodică de câteva săptămâni sau luni, în timp ce psihoterapia (în accepția sa tradițională) este eșalonată pe o perioadă mult mai îndelungată, care durează ani de zile. Fără îndoială că în această perioadă, înscrisă mult peste limitele înscrise în evoluției naturale a episodului nevrotic sau psihotic, acesta se remite prin însăși consumarea istoriei sale. Cu alte cuvinte, nu se pot face evaluări reliabile spre a convinge că remisiunea s-a datorat influenței psihoterapiei sau forței vindecătoare a timpului, respectiv istoriei naturale a episodului psihopatologic.

"Restructurarea" personalității pacientului constituie un deziderat, conform opiniei noastre, hazardat, un veritabil mit al anumitor metode de psihoterapie de sorginte psihanalitică. De fapt, **S. Freud** și, în general, promotorii psihanalizei, nici nu s-au referit la restructurarea personalității (noțiunea neexistând în perioada respectivă), ci la reconsolidarea **Ego**-ului, noțiune (apreciată actualmente ca metaforică) pe care unii clinicieni o consideră în mod eronat ca sinonimă cu personalitatea. Psihologia științifică nu poate accepta o astfel de sinonimie, ce ilustrează o insuficientă cunoaștere atât a **"aparatului psihic"** invocat de psihanaliză, cât și a structurii personalității. Din perspectiva oricărei teorii însă, un episod psihopatologic înseamnă regresie, retardare, înseamnă minus sau chiar deteriorare.

Totodată însă, **episodul psihopatologic** înseamnă o experiență particulară, unică, motiv și răgaz de autoanaliză și reflexie, elemente care se pot constitui în premise pentru "reconstrucție". Aceasta are loc pe baza acțiunii forțelor sanogenice a insului sau a influenței corective a mediului, fără a putea constitui expresia demersului unic al unei

anumite metode psihoterapeutice considerate "profunde", "restructurante", respectiv psihanalitice. O dovadă a acestui fapt poate fi considerată observația comparativă a unor grupuri de pacienți (cu diferite condiții nosografice) supuși psihanalizei și, respectiv, psihoterapiei în grup (care sub aspect metodologic și conceptual se află la antipodul psihanalizei). Studiile atestă faptul că pacienții supuși influenței corectoare (de cele mai multe ori spontane) a grupului au obținut rezultate superioare celor supuși analizei "restructurante" a **Ego**-ului.

În aceste condiții apare legitimă întrebarea (pe care puțini au curajul să o pună) asupra **eficacității reale sau aparente a psihoterapiei**. Caracterul temerar al interogației apare cu atât mai evident în condițiile în care, din miile de studii consacrate psihoterapiilor și rezultatelor acestui mod de abordare, numai câteva îi pun sub semnul întrebării eficacitatea. Evident, cine ridică această întrebare trebuie să fie pregătit pentru riscul de a fi considerat ca neinformat, cu un slab simț al analizei și observației clinice, sau neexperimentat în domeniul psihoterapiei.

Cu toate acestea, trebuie să admitem că "nu s-a răspuns cu certitudine unei întrebări importante, și anume aceea dacă teoriile și tehnicile psihoterapeutice depășesc, prin eficiența lor, o linie de bază stabilită de abordările nesistematice de simț comun" (**H. H. Strupp, G. Blackwood**, 1976, p. 1909), cu atât mai mult cu cât "există o atitudine sănătoasă de scepticism, care pare să reprezinte un bun antidot împotriva pretențiilor exorbitante de eficiență și putere curativă avansate de promotorii unor noi sisteme și teorii" (**Ibidem**).

Primul studiu serios care pune la îndoială eficacitatea reală a psihoterapiei a fost elaborat de un psiholog consacrat, **H. E. Eysenck** (1952), care a comparat procentul de vindecare al pacienților nevrotici supuși unei psihoterapii pe o perioadă de doi ani (procent care a fost în medie de 64%) cu acela al pacienților ce figurau pe liste de așteptare, care nu au avut nici o legătură cu un profesionist în sănătatea mintală, tot pe o perioadă de doi ani, a căror remisiune spontană a avut loc într-un procent de 66%. Rezultate asemănătoare au fost obținute după aproape 30 de ani de către alți clinicieni.

12.1. Problema remisiunii spontane și a implicațiilor ei asupra rezultatelor psihoterapiei.

După cum este știut, remisiunea spontană presupune dispariția manifestărilor psihopatologice fără ajutorul unui profesionist în sănătatea mintală. Cu toate acestea se constată că, în practică, acești pacienți au beneficiat deseori de sfaturi, îndemnuri și sprijin din partea unor "**persoane-sursă**" sau "susținători naturali", care, deși nu erau specialiști în sănătatea mintală, prezentau calități personale și disponibilități de a acorda asistența solicitată.

Pe de altă parte, pacienții aflați pe "lista de așteptare" au putut avea și alte surse de ajutor, cum sunt grupele de întrajutorare (ca **Alcoolicii Anonimi, Deprimații Anonimi**) sau programele de autoterapie oferite de psihoterapeuți, sub formă de broșuri sau casete.

Prin urmare există tendința de a se considera că "așa-numita remisiune spontană este de fapt ameliorarea pacientului care a recurs la alte mijloace decât psihoterapia" (**R. Peliser**, 1988, p. 1080) și, în consecință, "cifrele privind remisiunea spontană trebuie să fie reconsiderate" (**Ibidem**). Într-adevăr, o revistă a literaturii referitoare la studiile asupra eficacității psihoterapiei arată că procentul remisiunii spontane la pacienți netratați este de 30-43%. Autorii consideră că acest procent de remisiune spontană se poate ridica până la 50% dacă sunt incluși și pacienții care au primit "un tratament minimal", ilustrat printr-o "întrevedere de evaluare", întâlniri ocazionale de susținere etc.

Pe de altă parte, procentele mai sus amintite asupra remisiunii spontane au în vedere mai ales entități nosografice ușoare (tulburări nevrotice, tulburări de personalitate, tulburări de comportament etc.), eșantioanele referindu-se la subiecți voluntari etc., ceea ce explică numărul ridicat de pacienți slab perturbați și, în același timp, insuficient motivați pentru psihoterapie. În plus, psihopatologia cuprinde numeroase teorii și curente de gândire conform cărora boala mintală constituie un proces care nu poate fi redus la o colecție de simptome, iar vindecarea bolii necesită mult mai mult decât înlăturarea tehnică a simptomelor.

În condițiile în care "sunt eliminate numai simptomele dar nu și conflictele inconștiente subiacente care determină aceste simptome, rămâne posibilitatea ca noi simptome să se formeze, sau să reapară vechile simptome, atunci când factorii externi care au înlăturat simptomele sunt ei înșiși înlăturați" (**T. J. Paolino Jr.**, 1981, p. 50). Desigur, această concepție referitoare la "**substituția simptomului**" stă la baza psihanalizei și a psihoterapiilor psihanalitice, iar nu a tuturor psihoterapiilor și cu atât mai puțin a celei comportamentale. Din această perspectivă se consideră că remisiuni spontane nu există și "nu se poate obține nici o vindecare prin manipularea mediului extern, neînsoțită de modificări structurale intrapsihice" (**Ibidem**).

Totodată, numeroase studii care au avut ca obiectiv explicit eficacitatea psihoterapiei, efectuate în ultimul deceniu, ca și reprezentative reviste ale literaturii au ilustrat eficacitatea reală a psihoterapiei.

În aprecierea eficacității psihoterapiei, care constituie rezultatul interacțiunii dintre pacient și terapeut (bazat pe cunoașterea sistematică de către acesta a funcționării psihice și a comportamentului uman), se impune următoarea precizare: psihoterapia, ca dealtfel și celelalte abordări terapeutice (biologice sau farmacologice) din medicină, nu vindecă pacienții. Ea este fondată pe principiul conform căruia în fiecare pacient există capacitatea de a se vindeca, psihoterapia având sarcina de a înlătura obstacolele din calea dezvoltării și funcționării psihice normale.

12.2. Problema agravării stării pacientului prin psihoterapie.

Ignorată sau numai în mod tangențial menționată, agravarea stării pacientului prin psihoterapie se impune a fi evidențiată asemenea efectelor "adverse" sau complicațiilor intervenite în urma tratamentului farmacologic. Astfel de agravări au fost constatate în

condițiile psihoterapiilor de inspirație psihanalitică și sunt explicate prin:

- confruntarea pacientului cu "intuiții intolerabile";
- privarea pacientului de rezistențele prin care până atunci a reușit adaptări incomode dar viabile;
- favorizarea unei "dependențe introspective" față de terapeut etc.

Se subliniază astfel că "psihoterapia nu este un proces neutru ... și nu este limitat la un tip particular de psihoterapie" (**R. Peliser**, 1988, p. 1081) așa cum s-a considerat până acum. Apreciată într-un procent de "aproximativ 5% din pacienții aflați în psihoterapie" (**T. E. Schacht** și **H. H. Strupp**, 1985, p. 1479), agravarea se manifestă prin:

- înrăutățirea tabloului clinic comparativ cu evaluarea inițială;
- apariția unor simptome noi;
- dependență susținută față de terapeut sau de terapie;
- dezvoltarea unor expectații nerealiste față de terapie;
- absența unei ameliorări semnificative care trebuia să aibă loc în mod normal în contextul respectiv.

12.3. Asupra eficacității comparative a psihoterapiilor.

Numeroși factori stau la baza eficacității și, respectiv, a ineficacității psihoterapiei; unii sunt de o evidență axiomatică (și au în vedere oportunitatea acelei metode pentru acel pacient cu acea tulburare și în acel moment al evoluției acesteia), iar alți factori sunt mai subtili și se referă la:

- congruența sau divergența expectațiilor terapeutice ale pacientului și ale terapeutului;
- factori interacționali, care se referă la tipul de relație stabilită de către terapeut cu pacientul (relație terapeutică) și de către pacient cu terapeutul (relație iatrogenă);
- tehnica terapeutică, respectiv abilitatea terapeutului de a alege și mai ales de a utiliza metoda de psihoterapie etc.

Estimarea eficacității psihoterapiilor a constituit o preocupare constantă a cercetătorilor din ultimul deceniu. Astfel, studiile efectuate constată că aproximativ 65% dintre pacienții care au urmat o formă de psihoterapie prezintă o anumită ameliorare la sfârșitul curei. De asemenea, reviste ale literaturii care au cuprins numeroase studii referitoare la eficacitatea psihoterapiei au constatat un procent de ameliorare de 75-80% față de subiecții netratați din lotul martor.

Conform expectației comune, eficacitatea psihoterapiei este apreciată în mod diferit în funcție de metoda utilizată, cu atât mai mult cu cât, în practică, fiecare terapeut aplică o anumită metodă de psihoterapie, având tendința să afirme că aceasta este superioară altor metode, în sensul că ea reușește să amelioreze tulburările pacienților într-o manieră mai profundă, mai durabilă și în fond mai eficace. Cu toate acestea, cercetările efectuate au demonstrat că în privința eficacității, între diferitele forme de psihoterapie diferențele

sunt nesemnificative, sub aspectul proporției de pacienți ameliorați la sfârșitul procesului terapeutic. Astfel, în cadrul unui studiu reprezentativ s-au comparat:

- psihoterapii de grup și individuale;
- psihoterapii abreviate și de lungă durată;
- psihoterapia centrată pe persoană și psihoterapia tradițională;
- psihoterapia psihanalitică și terapia comportamentală și s-a constatat că aceste forme de psihoterapie, deși atât de diferite între ele, sub aspectul eficacității sunt echivalente.

De asemenea, comparându-se zece metode de psihoterapie (psihodinamică, adleriană, eclectică, rațional-emotivă, centrată pe persoană, analiza tranzacțională gestalt-terapia, desensibilizarea sistemică, terapia implozivă și modificarea comportamentală), s-a constatat că între ele nu există decât diferențe "neglijabile" sub aspectul eficacității. Aceasta cu atât mai mult cu cât, din enumerarea menționată, între clasa terapiilor comportamentale și aceea a terapiilor noncomportamentale (terapia Eului, psihoterapia dinamică și psihoterapia umanistă), nu se constată diferențe sub aspectul eficacității. Mai mult, se subliniază că, "exceptând modificarea comportamentului în anumite fobii și stări adictive, nici o cercetare empirică nu a demonstrat în mod univoc superioritatea unui tip de terapie față de altele" (**T. J. Paolino Jr.**, 1981, p. 14).

Întrucât eficacitatea diferitelor tipuri de psihoterapie se dovedește a fi relativ egală pentru o patologie psihică specifică, se conturează actualmente o mișcare în favoarea eclectismului în psihoterapie. Astfel, se preconizează aplicarea unei forme de psihoterapie care în practică să țină seama de valoarea diferitelor abordări și tehnici. Se consideră că aceasta ar permite să se precizeze mai ușor indicațiile și contraindicațiile psihoterapiei în raport cu diagnosticul unui pacient sau altul.

Pe de altă parte, se poate vorbi de o eficacitate generală și de o eficacitate specifică (nosografică) a psihoterapiei, prin analogie cu factorii generali și specifici din psihoterapie. Tocmai de aceea trebuie menționat faptul că, deși "este adevărat că anumiți pacienți pot fi ajutați în manieră echivalentă de o varietate de abordări psihoterapeutice, este la fel de adevărat că anumite forme de psihoterapie sunt mai indicate pentru anumite condiții decât pentru altele" (**R. Peliser**, 1988, p. 1083).

12.4. Factori ai eficacității psihoterapiei.

Eficacitatea, "rațiunea de a fi" a oricărei metode de psihoterapie, este determinată de numeroși factori, care pot fi analizați: din perspectiva terapeutului, a pacientului și a relației terapeutice. Menționăm însă faptul că, deși acești factori sunt bine cunoscuți de mai multă vreme, semnificația lor empiric stabilită este actualmente modificată, pe baza datelor de cercetare.

12.4.1. Eficacitatea psihoterapiei din perspectiva terapeutului.

Din punctul de vedere al terapeutului acțiunea psihoterapiei este condiționată de personalitatea terapeutului, terapia personală, experiența și sexul terapeutului.

Personalitatea terapeutului a fost înalt acreditată în obținerea succesului psihoterapiei datorită anumitor calități considerate necesare. Totuși, nu există studii care să evidențieze o corelație între anumite caracteristici ale personalității terapeutului și eficiența demersului psihoterapeutic. Actualmente, se consideră că trăsăturile de personalitate, utile pentru activitatea psihoterapeutică sunt variabile în funcție de pacienți sau de aspectul clinic al tulburărilor.

Terapia personală. Sinonimă cu ceea ce psihanaliza a denumit "psihoterapia didactică", terapia personală este actualmente controversată din perspectiva condiției de eficacitate. Astfel, psihanaliza consideră că, înainte de a practica , psihoterapeutul trebuie să se supună unei **analize didactice**. Promotorii altor metode de psihoterapie nu consideră însă că gradul de competență poate fi corelat și cu atât mai puțin poate fi influențat de terapeutizarea psihoterapeutului.

Experiența terapeutului. Considerată ca factor determinant în obținerea succesului, experiența terapeutului este actualmente apreciată ca "surprinzător de slab înjghebată" și "nedemonstrată în mod veridic" (**R. Peliser**, 1988, p. 1086). Contrar așteptărilor, anumite studii au relevat faptul că, terapeuți tineri, insuficient experimentați, obțin rezultate mai bune decât cei cu experiență, mai ales în abordările suportive. Această situație poate fi explicată prin faptul că terapeuții tineri manifestă un optimism mai puternic în posibilitățile psihoterapiei și mai mare față de pacienți; în plus, se consideră că ei au în psihoterapie pacienți mai puțin perturbați, comparativ cu terapeuții mai experimentați.

Sexul terapeutului. Influența sexului terapeutului asupra rezultatelor psihoterapiei se află în studiu. Conform expectațiilor și observațiilor empirice se consideră că o concordanță de sex între terapeut și pacient influențează pozitiv rezultatele abordărilor psihoterapeutice.

12.4.2. Eficacitatea psihoterapiei din perspectiva pacientului.

Din punctul de vedere al pacientului, eficacitatea psihoterapiei este corelată cu numeroși factori, printre care se menționează: dorința de schimbare, gradul de perturbare, nivelul cognitiv, gradul de informare, vârsta și sexul.

Dorința de schimbare, premisă și suport al eficacității psihoterapiei. Una din premisele axiomatice ale psihoterapiei constă atât din necesitatea schimbării, cât și în dorința de schimbare. De fapt, "psihoterapia implică în mod fundamental schimbarea" (**R. Peliser**, 1988, p. 1088), iar dorința de a opera o schimbare constituie un factor crucial atât pentru pacient, cât și pentru terapeut" (**ibidem**). Din perspectiva dorinței de schimbare, eficacitatea psihoterapiei se bazează pe:

- convingerea pacientului și terapeutului asupra validității acestei eficacități (care condiționează efectul placebo al psihoterapiei);
- dorința pacientului și terapeutului asupra obținerii succesului (ce exprimă expectația lor față de procesul psihoterapeutic).

Dacă efectul placebo al psihoterapiei este un element al contextului, al situației, dorința de a obține succes în psihoterapie este un element al motivației insului (terapeut

Personalitatea terapeutului a fost înalt acreditată în obținerea succesului psihoterapiei datorită anumitor calități considerate necesare. Totuși, nu există studii care să evidențieze o corelație între anumite caracteristici ale personalității terapeutului și eficiența demersului psihoterapeutic. Actualmente, se consideră că trăsăturile de personalitate, utile pentru activitatea psihoterapeutică sunt variabile în funcție de pacienți sau de aspectul clinic al tulburărilor.

Terapia personală. Sinonimă cu ceea ce psihanaliza a denumit "psihoterapia didactică", terapia personală este actualmente controversată din perspectiva condiției de eficacitate. Astfel, psihanaliza consideră că, înainte de a practica , psihoterapeutul trebuie să se supună unei **analize didactice**. Promotorii altor metode de psihoterapie nu consideră însă că gradul de competență poate fi corelat și cu atât mai puțin poate fi influențat de terapeutizarea psihoterapeutului.

Experiența terapeutului. Considerată ca factor determinant în obținerea succesului, experiența terapeutului este actualmente apreciată ca "surprinzător de slab înjghebată" și "nedemonstrată în mod veridic" (**R. Peliser**, 1988, p. 1086). Contrar așteptărilor, anumite studii au relevat faptul că, terapeuți tineri, insuficient experimentați, obțin rezultate mai bune decât cei cu experiență, mai ales în abordările suportive. Această situație poate fi explicată prin faptul că terapeuții tineri manifestă un optimism mai puternic în posibilitățile psihoterapiei și mai mare față de pacienți; în plus, se consideră că ei au în psihoterapie pacienți mai puțin perturbați, comparativ cu terapeuții mai experimentați.

Sexul terapeutului. Influența sexului terapeutului asupra rezultatelor psihoterapiei se află în studiu. Conform expectațiilor și observațiilor empirice se consideră că o concordanță de sex între terapeut și pacient influențează pozitiv rezultatele abordărilor psihoterapeutice.

12.4.2. Eficacitatea psihoterapiei din perspectiva pacientului.

Din punctul de vedere al pacientului, eficacitatea psihoterapiei este corelată cu numeroși factori, printre care se menționează: dorința de schimbare, gradul de perturbare, nivelul cognitiv, gradul de informare, vârsta și sexul.

Dorința de schimbare, premisă și suport al eficacității psihoterapiei. Una din premisele axiomatice ale psihoterapiei constă atât din necesitatea schimbării, cât și în dorința de schimbare. De fapt, "psihoterapia implică în mod fundamental schimbarea" (**R. Peliser**, 1988, p. 1088), iar dorința de a opera o schimbare constituie un factor crucial atât pentru pacient, cât și pentru terapeut" (**ibidem**). Din perspectiva dorinței de schimbare, eficacitatea psihoterapiei se bazează pe:

- convingerea pacientului și terapeutului asupra validității acestei eficacități (care condiționează efectul placebo al psihoterapiei);
- dorința pacientului și terapeutului asupra obținerii succesului (ce exprimă expectația lor față de procesul psihoterapeutic).

Dacă efectul placebo al psihoterapiei este un element al contextului, al situației, dorința de a obține succes în psihoterapie este un element al motivației insului (terapeut

sau pacient) angajat în acest demers.

Gradul de perturbare al pacientului. Se consideră că pentru a putea participa la procesul psihoterapeutic pacientul trebuie să prezinte, printre altele, disponibilități de psihoanaliză, un anumit grad de relaționare, ca și de testare a realității. Pornind de la aceste premise, s-a postulat faptul că pacienții cu tulburări mai ușoare sub aspectul nosografiei sau al severității simptomelor evoluează mai favorabil și obțin rezultate mai bune în psihoterapie, comparativ cu cei mai puternic perturbați. Acest fapt trebuie totuși analizat din punctul de vedere:

- al nivelului de adaptare, ce, în final, va fi mai ridicat la pacientul care la începutul psihoterapiei a fost mai puțin perturbat;
- al gradului de schimbare, ce, în final, va fi mai mare la pacientul care la începutul psihoterapiei a prezentat o mai puternică perturbare.

Nivelul cognitiv. Conform datelor tradiționale, ar exista o corelație pozitivă între eficacitatea psihoterapiei și coeficientul intelectual. Această aserțiune este actualmente contestată, subliniindu-se că o inteligență elevată nu constituie o condiție de succes în psihoterapie. Se consideră însă că un anumit nivel cognitiv (care nu a fost estimat) este necesar în vederea asigurării eficacității demersului psihoterapeutic.

Gradul de informare și de școlarizare. Conform opiniei curente există o corelație pozitivă între gradul de școlarizare și cel de ameliorare prin psihoterapie. Fără a fi anulată, această corelație pozitivă este actualmente relativizată datorită faptului că ea este formulată pe baza observației empirice, nefiind științific demonstrată.

Vârsta pacientului. Variabilă introdusă în ecuația eficienței psihoterapiei de către psihanaliză (conform căreia pacienții vârstnici nu pot beneficia de psihoterapie), vârsta pacientului constituie actualmente un subiect de controversă, în această privință nefiind încă elaborate concluzii științifice demonstrate.

12.4.3. Eficacitatea psihoterapiei din perspectiva relației terapeut-pacient.

Sub acest unghi, din perspectiva relației terapeut-pacient, eficacitatea psihoterapiei a fost corelată cu: concordanța expectațiilor, a valorilor, a variabilelor demografice etc.

Concordanța expectațiilor. În mod tradițional s-a considerat că adeziunea terapeutului și a pacientului la natura și țelurile psihoterapiei va contribui la asigurarea eficacității acesteia. Actualmente, această aserțiune "este respinsă", întrucât nu a putut trece examenul validității științifice. Dimpotrivă, s-a constatat că această concordanță a expectațiilor terapeutului și pacientului privind procesul terapeutic nu prezintă nici o corelație demonstrată cu eficacitatea psihoterapiei, deși poate contribui la reducerea **drop-out**-ului pacienților (a abandonării curei de către aceștia).

Convergența convingerilor terapeutului și pacientului în succesul psihoterapiei. Fără a fi confundată cu concordanța expectațiilor, convergența convingerilor asupra succesului psihoterapiei poate contribui, într-un anumit grad, la creșterea eficacității acesteia. Această convingere se manifestă prin optimism terapeutic și siguranță personală (din partea terapeutului) și prin adeziunea la psihoterapie și încrederea în terapeut (din partea pacientului).

Concordanța valorilor. Sinonimă cu concordanța de statut social între terapeut și pacient, concordanța valorilor nu a fost demonstrată în mod experimental, deși unii clinicieni îi acordă un anumit credit în creșterea eficacității demersului psihoterapeutic.

Similaritatea variabilelor demografice ale terapeutului și pacientului. Unii clinicieni consideră că asemănarea dintre variabilele demografice sex, vârstă, statut marital etc. ale celor doi protagoniști ai relației terapeutice corelează pozitiv cu eficiența psihoterapiei. Se consideră însă, că nu pot fi reținute concluzii clare referitoare la influența unei astfel de concordanțe asupra eficacității psihoterapiei.

Compatibilitatea caracteristicilor psihologice ale terapeutului și pacientului. Au fost reținute anumite date asupra factorilor cognitivi și trăsăturilor de personalitate a căror prezență, atât la terapeut cât și la pacient, ar fi de natură să sporească eficacitatea procesului terapeutic.

12.5. Asupra posibilităților actuale de evaluare a rezultatelor psihoterapiei.

Dacă eficiența psihoterapiei în grup este în mod unanim și fără rezerve acceptată, evaluarea rezultatelor psihoterapiilor individuale continuă să fie controversată. Această problemă a evaluării rezultatelor psihoterapiei, pe lângă faptul că este aprig controversată, în ultimii ani a fost corelată cu accea a eficienței terapeuților, domeniu în care studiile au relevat diferențe care nu pot fi ignorate; astfel, alături de competența incontestabilă a celor mai mulți psihoterapeuți, există alții a căror ignoranță în cunoașterea problemelor psihologice, personologice și psihopatologice este atât de mare, încât a determinat crearea "grupelor de auto-ajutorare".

Pe de altă parte, estimarea rezultatelor psihoterapiilor este grevată de extinsa lor durată, de faptul că sunt eșalonate pe perioade de timp îndelungate. Cum evoluția tulburărilor psihice este episodică, de obicei de ordinul săptămânilor sau lunilor, apare posibilitatea ca ameliorarea pacienților să nu fie datorată în exclusivitate acțiunii terapeutice, ci și:

- istoriei naturale a tulburării;
- intervenției unor influențe de viață;
- remisiunii spontane a tulburării sau a bolii.

În privința metodelor de evaluare a rezultatelor psihoterapiilor, se constată că până acum au fost efectuate mai ales studii "de rezultat" și numai în mică măsură studii asupra "proceselor" (care apar în cursul activității psihoterapeutice) în relația lor cu rezultatul general al psihoterapiei. Totodată, metodele de evaluare a rezultatelor psihoterapiei au fost orientate mai ales asupra comportamentului exterior și în foarte mică măsură asupra experienței subiective a pacientului, ceea ce a determinat caracterul contradictoriu al datelor.

Pe de altă parte se constată că schimbarea terapeutică înregistrată nu este nici unidimensională, nici unidirecțională, iar modificarea înregistrată pe o anumită dimensiune este în funcție de poziția inițială a pacientului pe dimensiunea respectivă.

Tocmai de aceea actualmente a fost emisă opinia conform căreia "o abordare nomotetică sau uniformă în evaluarea rezultatelor este absurdă în psihoterapie" (**H. J. Walton**, 1983, p. 660), întrucât acest rezultat, întotdeauna individualizat, depinde de:

- metoda de psihoterapie aplicată;
- modul în care aceasta a fost utilizată;
- indicația metodei aplicate pentru tulburarea dată;
- în ce moment al evoluției tulburării și în ce set de circumstanțe respectiva metodă a fost aplicată.

Predicția eficienței psihoterapiei are în vedere elementele mai sus menționate, precum și alți factori referitori la organizarea demersului psihoterapeutic, printre care menționăm:

- selecția pacienților pentru psihoterapie;
- pregătirea pacienților pentru psihoterapie;
- experiența pacientului în psihoterapie.

În evaluarea propriu-zisă a rezultatelor psihoterapiei au fost elaborate metode repertorizate, în cadrul cărora s-au utilizat scoruri-grilă de măsurare a parametrilor psihologici ai pacientului și în primul rând:

- eficiența socială a comportamentului;
- conștiința de sine a pacientului;
- starea de bine subiectiv a pacientului;
- capacitatea sa de testare a realității.

Actualmente se susține că în vederea unei estimări corecte trebuie elaborate **"criterii de rezultat"** în mod individualizat, dată fiind situația unică a fiecărui pacient investigat. Se poate considera că, în curentul de regândire contemporană care se dezvoltă în cadrul științelor socio-umane, atenția tot mai mare care se acordă problemelor de **"sens și interpretare"** va avea drept consecință dezvoltarea de noi abordări investigative, cu un grad mai înalt de validitate, dar în același timp mai calitative și mai subiective.

Bibliografie

Bernheim, H., *Hipnotisme, suggestion, psychothérapie*. Etudes nouvelles, Paris, 1891.

Charcot, J. M., *De l'isolement dans le traitement de l'histerie*. Lecons sur les maladies du système nerveux, în: Oeuvres Completes, Paris, 1885, t. III., p. 238.

Eysenck, H. J., *The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*, în: "Journal of consulting Psychology", 1952, 16, p. 319-324.

Eysenck, H. J., *The Effects of Psychotherapy*, International Science Press, New York, 1966.

Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1925.

Friedman, L., *Elements of the Therapeutic Situation: the Psychology of a Beginning Encounter*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 95-113.

Gorgos, C., Botezat-Antonescu, L., Tudose, F., *Psihoterapia*, în: Vademecum în psihiatrie (Red. C. Gorgos), Ed. Medicală, București, 1985, p. 569-594.

Grecu, Gh., *Psihoterapia*, în: Curs de Psihiatrie (red. K. Csiky), I.M.F. Tg. Mureș, 1976, p. 174-195.

Guyotat, J., *Introduction aux aspects actuels de la psychotherapie*, în: "Confrontations psychiatriques", 1986, 26, p. 7-18.

Ionescu, G., *Current problems of the doctor-pacient relationship; expectancies in relationing and diagnostic rigours*, în: "Révue Roumaine des Sciences Sociales. Psychologie", București, 1984, 28, 2, p. 119-134.
Ionescu, G., *Tratamente psiho-terapeutice*, în: Psihiatrie (Red. V. Predescu), Ed. Medicală, București, 1989, p. 609-653.
Ionescu, G., Predescu, V., *Family psychotherapy - The Pattern of group psychoterapy*, în: Excerpta Medica Amsterdam, American Elsevier Publishing, New York, 1973, p. 434-438.
Ionescu, G., *The Efficacy of Psychotherapy*, în: Medical Journal East European, 1993, vol. 2, nr. 2, p. 25-28.
Janet, P., *Les Médications psychologiques*, Paris, 1919.
Jeanneau, A., Brisset, Ch., *Psychotérapies de la pratique courante*, în: Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, Paris, 1982, 37810, C 10, 2, p. 1-12.
Karasu, T. B., Psychotherapies: *An Overview*, în: Specialized Techniques in Individual Psychotherapy (T. B. Karasu, L. Bellak, Eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980, p. 3-32.
Karasu, T. B., *General Principles of Psychotherapy*, în: Specialized Techniques in Individual Psychotherapy (T. B. Karasu, L. Bellak, Eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980, p. 33-44.
Naftulin, D. et al., *Four therapeutic approaches to the same patient*, în: "Amer. J. Psychoter.", 1975, 29, p. 66-71.
Paolino, Jr., T. J., *Psychoanalytic Psychotherapy: Theory, Technique, Therapeutic Relationship and Treatability*, Brunner-Mazel, New York, 1981.
Peliser, R., *Fondements de la Psychothérapie*, în: Psychiatrie Clinique: approche bio-psycho-sociale (P. Lalonde, F. Grunberg. ed.), Gaëtan Morin, Montreal, 1988, p. 1078-1093.
Schacht, T. E., Strupp, H. H., *Evaluation of psychotherapy*, în: Conprehensive Textbook of Psychiatry, IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadok, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1473-1480.
Sloane, R. B. et al., *Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy*, în: Amer. J. Psychiat., 1975, 132, p. 373-377.
Staples, F. et al., *Differences between behavior therapists and psychotherapists*, în: "Arch. Gen. Psychiat.", 1975, 32, p. 1517-1522.
Strupp, H. H., Blackwood, G., *Recent Methods of Psychotherapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1976, p. 1909-1920.
Tuke, D. H., *Illustrations of the influence of the mind upon body in health and disease designed to elucidate the action of imagination*, London, 1872.
Walton, H. J., *Individual Psychotherapy*, în: Companion to Psychiatric Studies (R. E. Kendell, A. K. Zealley, Eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, 1983, p. 643-651.

Capitolul IX

PSIHANALIZA ŞI PSIHOTERAPIA PSIHANALITICĂ

Psihanaliza ne apare ca un templu şi nu ca un laborator, iar pentru a-i cunoaşte valoarea şi puterea nu trebuie să cercetezi, fiind însă necesar să crezi. Tocmai de aceea psihanaliza este mai mult credinţă constituind (prin metodologia şi conţinutul său) o antiteză a psihologiei academice care s-a dorit şi în mare măsură a izbutit a fi ştiinţă.

1. Accepţiuni şi sinonimii ale noţiunii de psihanaliză

Aşa cum am menţionat şi în alt context, cele mai multe metode de psihoterapie sunt inspirate din doctrine şi curente psihologice sau filosofice pe care terapiile psihologice vor să le confirme în practică, să le acrediteze caracterul aplicativ, dar mai ales validitatea. Analizând istoria faptelor, constatăm că, în privinţa psihanalizei, ordinea lor este diferită: **S. Freud** a plecat de la analiza unei situaţii clinice oferite de o metodă terapeutică, hipnoza, pe atunci larg folosită, pe baza căreia el a elaborat o nouă metodă de psihoterapie denumită **psihanaliză** şi, ulterior, o teorie cu acelaşi nume.

Am folosit termenul de psihanaliză atât pentru metoda de psihoterapie, cât şi pentru doctrina psihanalitică întrucât noţiunea de **psihoterapie psihanalitică** este ulterioară lui **S. Freud**, actualmente iniţiindu-se o încercare de distincţie între psihanaliză (metoda de psihoterapie "ortodoxă", aşa cum a elaborat-o **S. Freud**) şi psihoterapia psihanalitică (metodă completată şi "adaptată" de continuatorii săi).

De fapt, termenul de psihanaliză este folosit actualmente în trei accepţiuni principale: de teorie a psihicului, de metodă de investigaţie a psihicului şi de metodă psihoterapeutică.

1.1. Psihanaliza ca teorie a psihicului.

În linii de maximă generalitate, psihanaliza constă din ansamblul datelor asupra aparatului psihic şi a instanţelor sale "topologice", ca şi din aserţiunile asupra modului de funcţionare a psihismului.

Din perspectivă funcţională, psihanaliza este tabloul psihicului "împărţit împotriva lui însuşi" (**R. S. Wallerstein**, 1984, p. 514), cu zone distincte al căror conţinut diferit se află în perpetuu conflict, cu anxietate şi alte afecte disforice subiacente, cu strategii

adaptive și "**mecanisme de apărare**", dar și cu un comportament simptomatic ce apare atunci când "**defensele**" sale sunt depășite.

Din perspectivă psihopatologică, psihanaliza este teoria comportamentului uman văzut și interpretat din punctul de vedere al conflictului. În mod sintetic putem considera că psihanaliza constituie un ansamblu de teorii psihologice și psihopatologice elaborate pe baza datelor și observațiilor oferite de investigația psihanalitică și de psihoterapia psihanalitică.

1.2. Psihanaliza ca metodă de investigație a psihicului.

Prin acest mod de explorare a psihicului se încearcă punerea în evidență a semnificației inconștiente a cuvintelor, acțiunilor și a produselor imaginației (visuri, fantasme, deliruri), omului sănătos sau bolnav. Metoda de investigație psihanalitică este bazată pe tehnica "asociației libere", prin care analistul ar avea acces asupra datelor și mecanismelor vieții psihice conștiente și mai ales inconștiente. Elementele astfel obținute sunt ordonate, clarificate și explicate, "făcute coerente și inteligibile" de către psihanalist prin tehnica interpretării. Întrucât evidențiază conținutul psihic al inconștientului, asociațiile libere sunt considerate drept "garant al validității interpretării" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1096). Dacă psihanaliza ca metodă de psihoterapie înregistrează actualmente o retragere, cunoaște un anumit declin și o dezinvestire (atât din cauza dificultăților aplicării, cât și a incertitudinii asupra eficacității), ca metodă de investigație "psihanaliza rămâne cel mai bun model de referință pentru studiul funcționării mintale" (**J. Guyotat**, 1986, p.7).

1.3. Psihanaliza ca metodă de psihoterapie.

Așa cum am menționat, hipnoza a fost aceea care i-a oferit lui **S. Freud** observația fundamentală prin care el a ajuns la ideea "inconștientului dinamic", element esențial atât în dezvoltarea teoriei psihanalitice, cât și a metodei terapeutice (psihanalitice). Astfel, dacă sub hipnoză i se cere subiectului să execute o anumită acțiune, la ieșirea din această stare el nu are nici o posibilitate de evocare, nu păstrează nici o amintire referitoare la acțiunea executată. Pornind de la această observație, **S. Freud** a ajuns la concluzia că în fiecare există o forță dinamică ce scapă controlului conștient al insului.

Bazat pe metoda de investigație psihanalitică și în mod concret pe "interpretarea controlată" a **defenselor**, rezistenței și transferului, terapeutul conduce pacientul spre clarificare (**insight**), care, dintr-un anumit punct de vedere, echivalează cu aducerea la lumina conștiinței, cu conștientizarea datelor, faptelor și evenimentelor "**refulate**" în cursul istoriei insului și uitate, prin ceea ce **J. Breuer** și **S. Freud** (1893) au denumit "**metoda cathartică**".

Încă de la începuturile aplicării sale, psihanaliza, ca metodă de psihoterapie a fost confruntată cu o sinonimie, impusă de noțiunea de psihoterapie psihanalitică. Într-adevăr pentru a diferenția această metodă de psihoterapie de sensurile mai sus amintite ale

noțiunii de psihanaliză, clinicienii au recurs la termenul de psihoterapie psihanalitică. Consfătuiri consacrate clarificării acestei probleme (ca aceea organizată de Asociația Americană de Psihiatrie (1952) la care au participat numeroși psihiatri și psihanaliști nu au dus la rezultate concludente. Totuși, actualmente se face următoarea distincție:

- **psihanaliza** este metoda psihoterapeutică clinică, așa cum a fost preconizată de **S. Freud**: ea este bazată mai ales pe interpretare și se concentrează asupra "evenimentelor" relației analitice;

- **psihoterapia psihanalitică** este fondată pe principiile psihanalizei, dar renunță la exigențele și stringența acesteia; astfel, ea minimalizează relația pacient-terapeut, și utilizează măsuri suportive, sfaturi și alte manevre, pe lângă interpretare" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1331).

Datorită extinderii sferei noțiunii de psihoterapie psihanalitică și conținutului său heterogen, unii clinicieni impun aici o distincție înțeleasă deseori ca o dihotomie în:

- **psihoterapie expresivă**, care ar cuprinde "polul limitrof psihanalizei în care terapeutul pune un accent pe interpretare și clarificare" (**R. S. Wallerstein**, 1984, p. 518) și

- **psihoterapie suportivă**, în care se renunță atât la restricțiile metodologice cât și la selecția impusă de considerente personologice și nozografice;

- **psihoterapia psihodinamică**; este sinonimă cu psihoterapia psihanalitică și cuprinde aceleași metode: **expresivă** și **suportivă**. Noțiunea de "psihodinamic" este preferată de terapeuții americani care vor astfel să extindă sfera psihanalizei, luându-și totodată mai multă libertate în privința tehnicilor și procedeelor aplicate.

2. Asupra istoriei psihanalizei și a contribuției lui S. Freud la edificarea psihanalizei

În mod constant și explicit, **S. Freud** este considerat ca fondator al psihanalizei sub toate ipostazele acestei idei. Acest fapt este întrucâtva adevărat dar nu trebuie privit ca un postulat, așa cum este întotdeauna prezentat. Nu este mai puțin adevărat, că cel puțin sub aspect lingvistic și lexical, numeroase concepte psihanalitice ca: **inconștient, determinism psihic, transfer, proiecție, complex Oedip, mecanism de apărare, conflict psihic** etc., au fost științific acreditate sau chiar create de **S. Freud** ca și de colaboratorii săi. Funcționând inițial ca neologisme, ele au fost larg adoptate și folosite mai ales în literatură și artă, ca și în anumite domenii ale filosofiei și psihologiei, ajungând "să formeze un corp de cunoștințe științifice care au devenit astăzi o parte a zestrei intelectuale" (**R. S. Wallerstein**, 1984, p. 514).

De asemenea, **S. Freud** a adunat și a prezentat în mod coerent și organizat o serie de observații, fapte și date care, până la el au fost disparate. Mai mult, el a acordat semnificații noi și-a dat un sens acestor date. Pe de altă parte, cel puțin în domeniul psihopatologiei "observațiile sale clinice au creat fundamentul unei metode științifice

iar teoriile sale au conferit un cadru de referință conceptuală de o bogăție extraordinară" (**J. Vermeylen, P. Sivadon**, 1973, p. 131).

Totuși dacă prin contribuția sa teoretică **S. Freud** a îmbogățit cultura și știința psihologică, a atribui lui Freud date care existau înainte de el în patrimoniul cultural și științific, ilustrează nu numai o superficială cultură și informare a autorilor respectivi, ci și o minimalizare a datelor culturii universale. Astfel, în opoziție cu datele axiomatic invocate, "ipoteza că există fenomene mintale inconștiente nu a fost formulată pentru prima dată de **S. Freud**"(**Nancy Swift**, 1983, p. 77), inconștientul fiind "un concept care preocupa activ pe filozofi și psihologi înainte ca **Freud** să se fi născut și era predat în școli și în universități pe vremea când el era un băiețel" (**Ibidem**).

Această observație poate fi extinsă dar mai ales poate căpăta dimensiuni retrospective întrucât se constată că **Freud** a fost prea puțin influențat sau poate nu a fost suficient de informat în filozofia lui **Platon** și **Spinoza** și nici în aceea a lui **Nietzsche** și **Schopenhauer**, sau a lui **I. F. Herbart** și **W. James** care au manifestat un viu interes nu numai față de conștiință și conștient ci mai ales față de fenomenele subconștiente sau preconștiente. Într-adevăr, "Freud a fost precedat de o lungă serie de filozofi (dar și de medici) care au teoretizat asupra temei generale a inconștientului" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1097).

Nu numai în privința doctrinei, a teoriei psihologice ci și a metodei terapeutice **S. Freud** a avut antecesori. Astfel, cu cel puțin o jumătate de secol înaintea sa, a fost descrisă, cu destulă precizie, psihoterapia psihanalitică, redată în special din perspectiva terapeutului, astfel: "medicul cald și prietenos luptă să pătrundă în adâncurile pacientului său (1), dezvăluindu-i modul de viață și amintirile cu tact, ca un căutător de comori într-o cavernă întunecată (2). Sunt puține secrete care îi scapă investigatorului dotat cu aptitudinea de a se întreba și de a urmări o astfel de sarcină. Omul împovărat de secrete va evita comunicarea intimă cu medicul (3). Dacă însă acesta posedă o inteligență nativă și ceva mai mult, să îi zicem intuiție, dacă el nu manifestă intruzivitate și nici altă trăsătură proprie dezagreabilă; dacă are puterea, ce poate fi înnăscută, de a-și apropia sufletul de acela al pacientului (4) astfel încât acesta să spună ceea ce își imaginează că a gândit numai (5); dacă astfel de revelații pot fi primite fără tumult și înțelese, nu în mod declarativ ci în tăcere, dintr-o respirație sau un cuvânt plasat ici și colo, indicând că s-a înțeles (6); dacă la aceste calități se adaugă recunoașterea medicului ca medic atunci în mod inevitabil sufletul pacientului se va dizolva, va ieși din întuneric și misterele lui vor ieși la lumină ca un curent transparent" (7) (**Nathaniel Hawtorne**, 1850, cf. **J. C. Nemiah**, 1975, p. 163).

În această secvență am căutat unele corespondențe cu psihanaliza ca metodă terapeutică așa cum a fost elaborată de **S. Freud**, și punând cifre care să indice ideile concordante sau chiar corespondente cu cele psihanalitice, redăm următoarea "legendă":

1. **Psihanaliza** a fost considerată de **S. Freud** ca o analiză a psihismului în dimensiune verticală; tocmai de aceea ea a mai fost denumită și psihologie abisală, a adâncurilor;

2. Acolo, în (adâncuri) **inconștient** se află sediul tendințelor nemărturisite, al pulsiunilor nepermise, al amintirilor uitate, legate de fapte indezirabile din antecedente;

3. **Rezistențele**, fenomene psihice care apar în diferite faze ale analizei, odată cu aducerea "materialului psihic" din inconștient spre conștient;

4. **Relația reală**, prin care terapeutul dezvoltă o interacțiune mutuală care va permite pacientului să îl perceapă ca pe o persoană demnă de încredere, constantă și predictibilă;

5. **Asociația liberă**, mod de gândire și exprimare aleatorie, prin care conflictele care stau la baza relațiilor personale perturbate să poată fi depistate;

6. **Neutralitatea binevoitoare**, stare de aparentă detașare a terapeutului care-i permite să cuprindă problemele mai importante ale pacientului, fără a-l influența prin atitudinea sa;

7. **Clarificarea (insight-ul)**, proces prin care, în cursul analizei, pacientul își clarifică sensul sau semnificația unor trăiri sau experiențe.

Trebuie menționat însă că spre deosebire de predecesorii săi , care considerau inconștientul ca un rezervor de idei și amintiri care "prin inerție", "au căzut" în afara conștiinței (deci ele nu au dispărut) **S. Freud** introduce elementul dinamic al "refulării" sau al reprimării, respectiv al trimiterii active în inconștient a pulsiunilor terifiante sau inacceptabile pentru personalitatea socializată ca și pentru viața conștientă a celui în cauză. Într-adevăr "lui **S. Freud** îi revine meritul de a fi sistematizat această concepție particulară a inconștientului în aspectele sale dinamice" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1097).

3. Asupra "aparatului psihic" și a instanțelor sale "topologice" din perspectiva teoriei psihanalitice

Psihanaliza ca teorie psihologică, dar și ca procedeu și mijloc de investigație, sau ca metodă psihoterapeutică, a dezvoltat un mare număr de noțiuni operante, de natură dinamică, structurală, adaptativă și genetică prin care a îmbogățit semiologia psihiatrică. Prin aceste noțiuni și concepte sunt desemnate sau denumite diferite aspecte și elemente ale aparatului psihic, instanțele și ariile sale topologice precum și unele mecanisme din teoria funcționării psihice.

Tema axială a teoriei psihanalitice postulează faptul că afectele, ideile și comportamentul constituie o expresie a sublimării pulsiunilor (dar mai ales a reprimării lor), fenomen prin care omul se apără în fața standardelor sale morale și se adaptează exigențelor realității externe. Aceasta cu atât mai mult cu cât omul nu este numai produsul conflictelor sale interne ci și al mediului său, al valorilor și convingerilor dobândite prin identificări, experiență și condiționări. În afara acestor determinări inconștiente, ca și ale modificărilor interne și externe produse prin învățare, omul este marcat de o tendință de creștere și dezvoltare, aspirând spre autodeterminare și autentificare, orientându-se, pe multiple căi, spre morganatica chemare a sensului și scopului vieții.

În mod succint, teoria psihanalitică poate fi exprimată prin următoarele "postu-

late" fundamentale:

- viața psihică a omului este profund influențată, iar uneori determinată de pulsiuni inconștiente și temeri asociate, subiacente;

- comportamentul uman este orientat spre gratificarea unor pulsiuni determinate biologic (gratificare considerată ca fiind de natură autoprotectoare) în concordanță cu înclinațiile instinctuale spre autoconservare;

- **libido**-ul (a cărui esență constă în pulsiunea erotică) este supus unor influențe civilizatoare și prin "sublimare" este exprimat prin sentimente superioare ca iubirea, altruism·l, prietenia etc.

- dezvoltarea personalității se face în conformitate cu influența parentalității, a mediului familial în care copilul își urmează istoria;

- reacțiile psihice sunt determinate conform principiului cauzalității, care însă nu operează în mod particular, pentru fiecare cauză răspunsurile fiind supradeterminate, constituind o cale finală comună a unor cauze convergente.

În descrierea "**aparatului psihic**" **S. Freud** distinge trei instanțe sau trei arii "topologice" care au în vedere:

- pulsiuni, tendințe, trebuințe și emoții, aflate sub egida **Id**-ului (**Ça**-ului);*

- relațiile cu lumea (externă) orientate și realizate prin **Ego** (**Eu**);

- interiorizarea și respectarea normelor morale aflate sub controlul **Superego**-ului (**Supraeu**-lui).

Id-ul a fost considerat ca instanța "biologică" a aparatului psihic, ca reprezentant și ca zonă de actualizare a potențialităților ereditare, ca sistem originar al persoanei, ca rezervor al energiei psihice, ca exponent al lumii interioare și al experienței subiective; în același timp el este o "realitate psihică" (**S. Freud**), care nu are conștiința realității obiective.

Domeniu al tendințelor instinctive, predominant sexuale dar și hetero- și autoagresive (de obicei sublimate prin **libido** și **mortido**) **Id**-ul nu poate suporta creșterea energiei psihice (pe care, de fapt singur o dezvoltă) punând organismul în tensiune. Pe de altă parte **Id**-ul are și un rol adaptativ care se exprimă prin tendința continuă de a reduce tensiunea psihică, asigurând astfel echilibrul, liniștea și adaptarea organismului.

În vederea reducerii tensiunii, a evitării disconfortului și, eventual a durerii, a obținerii satisfacției, plăcerii și gratificației, **Id**-ul recurge la:

- **acțiunea reflexă**, care constă în reacții automate, înnăscute și rapid operante în reducerea tensiunii;

- **procesul primar** considerat ca o reacție psihologică complexă, care caută să determine diminuarea tensiunii sau obținerea gratificației în plan imaginativ și simbolic.

Referitor la procesele primare menționăm că ele constau în realizarea unei imagini (care întruchipează "obiectul" dorit) dar și în activitatea onirică sau în producția halucinatorie, toate acestea fiind considerate ca încercări ale **Id**-ului, desigur simbolice și substitutive, de reducere a tensiunii. Acest procedeu imaginativ-substitutiv (prin care se obține o satisfacție imaginativă) constituie singura realitate a celei mai reale

componente a psihicului, care este, conform lui **S. Freud**, **Id**-ul.

Întrucât, însă, foamea sau trebuința sexuală, nu pot fi satisfăcute prin imagini, este nevoie de o altă instanță care să dea curs acestor pulsiuni și trebuințe ale **Id**-ului, punându-le în contact cu realitatea și asigurându-le împlinirea. Astfel, principiul hedonist al **Id**-ului sau principiul plăcerii nu poate fi asigurat tot de către **Id**, ci de instanța următoare (pe care el însuși se pare că o generează) și anume de către **Ego**.

Ego-ul, cu rădăcini în abisurile instinctiv-afective ale inconștientului, are posibilitatea să se înalțe la lumina conștiinței, să se orienteze rațional și adecvat în realitate și să încerce să asigure satisfacția reală și autentică (în spiritul **principiului realității**), a tendințelor **Id**-ului guvernat de principiul plăcerii.

Spre deosebire de **Id**, care în vederea obținerii satisfacției și gratificației operează prin procesul primar, **Ego**-ul acționează **cu ajutorul procesului secundar**, care este reprezentat prin gândirea realistă, capabilă să formuleze planuri și să le testeze spre a le verifica funcționalitatea dar și eficacitatea. În vederea realizării, aplicării și verificării realismului acestor planuri, **Ego**-ul are în subordinea sa funcțiile mentale cele mai înalte, cognitive și intelectuale, pe care **S. Freud** le plasează în cadrul procesului secundar. **Ego**-ul devine deci executorul psihismului întrucât el detectează căile de acțiune, cercetează posibilitățile ambianței, testează modalitățile de răspuns ale acesteia, apreciază gradul și maniera în care, tendințele hedonice ale **Id**-ului ar putea fi îndeplinite.

Totodată, în opoziție cu **Id**-ul, care este guvernat de principiul plăcerii, care operează prin acțiuni reflexe și procese primare și care cunoaște numai o realitate subiectiv-imaginativă, **Ego**-ul, guvernat de principiul realității, operează prin procese secundare, care îi permit accesul la cunoașterea reală și concretă a "obiectelor" dorite de **Id**, căruia îi asigură astfel satisfacția hedonică și gratificația. Tocmai de aceea considerăm că, deși prin geneza și destinul său **Ego**-ul este aservit **Id**-ului, el constituie o instanță superioară, ce are în plus forța reprimării ca și a amânării tendințelor instinctive ale celui pe care este chemat să-l slujească, întrucât exercitarea principiului realității poate suspenda, temporar, manifestarea principiului plăcerii.

Fiind dezvoltat din **Id**, care îi furnizează energia, **Ego**-ul continuă planurile și scopurile acestuia și le deplasează (pentru a nu fi aplicate în mod impulsiv și intempestiv de către **Id**) din planul intenționalității în acela al realității. Aici el le aplică în mod circumspect și oportun, asigurând astfel adecvarea, adaptarea și în ultimă instanță, menținerea vieții și continuarea ei prin reproducere, acțiuni care dau conținut obiectivului său suprem. Prin toate aceste caracteristici **Ego**-ul ne apare ca o instanță mediatoare între exigențele persoanei și cele ale lumii exterioare, ca o forță integratoare și organizatoare dar și ca un instrument al **SuperEgo**-ului în reprimarea pulsiunilor indezirabile ale **Id**-ului.

SuperEgo-ul, cea de a treia instanță a psihismului, constituie expresia dezvoltării și existenței insului în mediul social. Prin aceasta, **SuperEgo**-ul devine purtătorul regulilor conviețuirii sociale și al normelor morale; el constituie totodată achiziția cea mai recentă și relativ fragilă a insului și este dezvoltat pe măsura nivelului socio-cultural al comunității

acestuia. Asemenea **Ego**-ului, **SuperEgo**-ul are originea tot în abisurile **Id**-ului dar se dezvoltă în cadrul interrelațiilor ocazionate de experiențele **Ego**-ului cu lumea externă.

Prin rolul și statutul său, **SuperEgo**-ul caută:

- să refuleze impulsurile **Id**-ului, mai ales când acestea sunt de natură instinctivă-afectivă și se manifestă sub o formă agresivă;
- să oblige **Ego**-ul la substituirea scopurilor realiste prin altele, superioare, morale și umanitare;
- să împingă **Ego**-ul în lupta spre perfecțiune și sublim.

Reprezentant al regulilor și normelor, dar și al valorilor și idealurilor, **SuperEgo**-ul reprezintă aspirația nu atât spre plăcere, ci spre perfecțiune. În virtutea acestui fapt, dar și sub dezideratul adecvării și conservării, fiind expresia normelor morale și sociale, **SuperEgo**-ul călăuzește insul pe căile lipsite de pericole și surprize ale circumspecției și prudenței. Armă morală a personalității, el reprezintă mai degrabă idealul decât realul și, în acest scop, el caută să încorporeze insului modele "ideale" din realitate, prin mecanismul **introiecției**.

Menționăm faptul că aceste trei instanțe ale psihismului, deși au funcțiuni proprii, principii operante și mecanisme particulare, cel puțin în situații normale ele nu acționează divergent și dezorganizat (așa cum în mod constant se afirmă), ci într-o interdependență și completare funcțională dialectică, în virtutea aceluiași deziderat de adaptare, adecvare și integrare a persoanei în mediul social și în viață.

Pe de altă parte considerăm că **elementul care conferă caracterul dinamic și dialectic al teoriei freudiene, îl constituie geneza succesivă și progresivă a acestor instanțe care, deși izvorâte din Id prin rolurile și funcțiunile lor, tind să îl servească, dar și să îl nege și, eventual să-l reprime**.

Aflându-și sorgintea în **Id**, respectiv în inconștient, **Ego**-ul și **SuperEgo**-ul constituie un triumf al elementului conștient care devine cu atât mai manifest cu cât omul este mai matur, mai sănătos și mai elevat sub aspect moral și social. Se consideră astfel că **Id**-ul constituie componenta biologică a personalității, **Ego**-ul, componenta sa psihologică, iar **SuperEgo**-ul, componenta socială.

Astfel, deși ca metodă psihoterapeutică **psihanaliza** este considerată ca un sistem închis, ca teorie a **psihicului** și respectiv a personalității, ea ne apare ca fiind deschisă și permeabilă oricărei influențe (biologice, psihologice sau sociale) și credem că **atât de divergenta sa interpretare se datorește accentului pe care fiecare cercetător îl acordă uneia sau alteia din aceste trei componente.**

S-a subliniat că **S. Freud**, în descrierea sistemului psihic, a pus un accent exagerat pe **Id** (deși prin **teoria sublimării**, elaborată în ultima parte a existenței sale, a reevaluat **SuperEgo**-ul) atât în ceea ce privește sfera, cât și în ceea ce privește conținutul și importanța acestei instanțe bazale. **S. Freud** a comparat **Id**-ul cu un **iceberg**, din care numai o parte (a șaptea ?) se află la lumina conștiinței. El a localizat aici acte automatizate, amintiri uitate, aspirații nemărturisite, idei intime, pulsiuni nepermise etc. **S. Freud** a considerat **Id**-ul ca un mozaic de elemente heterogene, aflate într-o continuă mișcare

dezordonată sau haotică dar în direcționare univocă, uneori intempestivă spre instanța superioară a psihicului care este conștiința.

Considerăm că însăși această aspirație continuă și exclusivă a elementelor din inconștient spre lumina și realitatea conștiinței, în tendința lor spre liberă și autentică manifestare, constituie o chezășie a faptului (neconsemnat de **S. Freud** și nici de critica postfreudiană a psihanalizei) că **tendința firească, naturală a elementelor psihismului o constituie aspirația spre realizarea conștientă.** Aceasta este însă o aspirație și nu o unică situație, visul și psihoza instituindu-se ca antiteze ale acesteia.

Într-adevăr, elementele **Id**-ului, în tendința lor de a depăși instanța verificatoare a cenzurii impuse de **SuperEgo** și de a avea girul liberei lor manifestări, forțează și depășesc defensele psihismului în boală și în somn, (aceste defense fiind anulate în timpul activității clinice). Astfel, producțiile halucinatorii și construcțiile delirante ale psihozei, ca și satisfacția "halucinatorie" a visului, sunt forme de manifestare dezorganizată a forțelor inconștientului în condițiile relaxării (prin boală) sau anulării (prin somn) a cenzurii impuse de **SuperEgo**. În aceste situații existența insului ar fi contorsionată de cele două instanțe: **Id**-ul și **SuperEgo**-ul. Dar poate tocmai prin rolurile și funcțiunile lor opuse, prin contradicția care există între aceste două forțe, se asigură dialectica dezvoltării insului. Psihanaliza consideră că aceste două forțe contradictorii sunt deosebit de puternice, fiind capabile să strivească **Ego**-ul, împingând insul în boală, decompensându-l nevrotic sau detașându-l de realitate într-o existență paralelă de tip psihotic.

Subliniind caracterul complex sub care este văzută persoana din perspectivă psihanalitică, unii exegeți ai freudismului arată că acesta "încearcă să studieze un ins cu corpul intact, trăind parțial într-o lume de realitate și parțial într-o lume de imaginar, copleșit de conflicte și contradicții interne, capabil de gânduri și acțiuni raționale, mișcat de forțe despre care nu știe prea multe și de aspirații care îi sunt peste puteri, de confuzii și de clarviziuni, frustrat și satisfăcut, plin de speranță sau disperat, egoist și altruist" (**C. S. Hall, G. Lindzey**, 1957, p. 72).

Considerăm că aceste contradicții, deseori întâlnite, nu constituie caracteristica naturii psihismului uman, deși exprimă natura contradictorie a instanțelor sale. Acestea, deși prezintă principii operante și funcțiuni proprii, nu acționează în manieră exclusiv antagonică ci, de cele mai multe ori, în mod sinergic, asigurând astfel echilibrul persoanei, persistența și devenirea ei.

Această luxuriantă și totodată admirabilă construcție a aparatului psihic, redată în manieră schematică și simplificatoare, este însă ipotetică, aflându-se, după mai bine de o jumătate de secol, sub semnul incertitudinii, mai ales din cauza caracterului ei teoretic.

Cu toate acestea, menționăm că dezvoltarea psihiatriei și a psihologiei medicale din ultimele decenii a adus psihanalizei atât argumente cât și adepți. De asemenea, în mod real, psihanaliza ca teorie a psihismului, menține mai strânse legături cu medicina decât cu psihologia. Prin cazurile clinice oferite, medicina și, în primul rând psihiatria, aduce satisfacții psihanalizei, pe care, deseori, o confirmă și poate tocmai de aceea este mai ușor să înțelegi psihanaliza ca medic, decât ca psiholog sau ca pedagog.

Deși neîncorporată în psihologia academică, dar constituind ea însăși o psihologie alături de aceasta, psihanaliza a adus și a implementat psihologiei tradiționale, dar mai ales domeniilor clinice medicale, perspectiva analizei istorice, longitudinale precum și pe aceea a analizei verticale a vieții psihice a omului.

4. Semnificația simptomului din perspectivă psihanalitică

În psihiatrie termenul de **simptom** este utilizat pentru a desemna atât stările și trăirile negative pe care le acuză pacientul, cât și aspectele observate de clinician dar care nu sunt invocate de pacient (denumite în medicina somatică, **semne**). Simptomele au surse foarte variate iar polimorfismul lor clinic este extrem. Indiferent de surse și moduri de manifestare, toate simptomele diminuă imaginea de sine a pacientului, echilibrul său psihic și capacitatea sa de testare a realității.

În mai mare măsură decât în patologia somatică, în psihopatologia clinică simptomul are un caracter multidimensional, din care reținem valoarea simbolică și de comunicare.

Din perspectivă psihanalitică simptomele sunt expresia simbolică a conflictului între:

- forțele de reprimare a dorințelor și pulsiunilor (instanțe interdictive paternale internalizate în **Supraeu**) și
- forțele care tind, străbătând apărările **Eu**-ului, să realizeze accesul dorințelor la nivelul conștiinței.

Nu numai simptomele ci și bolile psihice și în primul rând nevrozele sunt rezultatul interacțiunii dintre aceste forțe care "dacă nu sunt integrate în ansamblul personalității își găsesc expresia de manifestare prin mijloace indirecte" (**Nancy Swift**, 1983, p. 77) sub forma unor stări emoționale inexplicabile, greșeli de limbaj sau sub formă simbolică, prin visuri, sau prin simptome, ori prin comportamente deviante. Pe de altă parte, aceste manifestări clinice sunt interpretate drept consecințe simbolice ale efortului psihismului de a se adapta la conflictele inconștiente și de a semnala anxietatea generată de astfel de conflicte. În general neplăcute, simptomele sunt prejudiciabile prin faptul că solicită energii psihice pentru înlăturarea, iar alteori pentru menținerea lor, privând astfel psihismul insului de energia necesară unor sarcini constructive sau agreabile.

Psihanaliza consideră **simptomele ca fenomene adaptative secundare**, ce reprezintă reacția insului față de **cauza psihologică primară** a unei probleme psihice. O componentă majoră a celor mai multe simptome constă în răspunsul **Ego**-ului față de exigențele instinctive ale **Id**-ului, ca și față de prohibițiile morale ale **SuperEgo**-ului. Din această perspectivă psihanaliza consideră că deși **simptomele** antrenează suferință și durere, ele servesc totuși unui scop practic prin faptul că **previn conștientizarea ideilor și sentimentelor** care, în mod insuficient conștientizat, sunt considerate mai penibile și terifiante decât simptomele propriu-zise.

Din perspectivă psihanalitică, formarea simptomelor are la bază **principiul**

determinismului (sau al cauzalității psihice) conform căruia nici un eveniment psihic nu este întâmplător. Psihanaliza postulează astfel că în viața psihică nimic nu se petrece în mod întâmplător, "fiecare eveniment psihic sau comportamental fiind determinat de un lanț de evenimente psihice care l-au precedat..." lumea psihică fiind incapabilă de cauze întâmplătoare, cât și de discontinuitate" (**T. J. Paolino Jr.**, 1981, p. 49). În plus fenomenele mintale ca și cele comportamentale sunt în mod semnificativ legate de evenimentele precedente și sunt supuse repetiției dacă nu sunt conștientizate.

5. Psihanaliza ca metodă de psihoterapie

5.1. Evantaiul psihoterapiilor: de la psihanaliză la terapia comportamentală.

Într-o încercare de a sistematiza metodele și tehnicile de psihoterapie întreprinsă cu aproape două decenii în urmă, notam că înscrierea lor pe o scală bipolară prezintă la unul din poli psihoterapia comportamentală (sau "prin decondiționare"), iar la celălalt pol psihoterapia psihanalitică (sau psihanaliza). Aceste poziții extreme și antitetice sunt ocupate de cele mai importante metode psihoterapeutice, opuse nu numai din punctul de vedere al doctrinei ci și din acela al demersului concret, aplicativ.

Astfel, în timp ce psihoterapia prin decondiționare consideră simptomul ca un mod comportamental fixat printr-un mecanism reflex-condiționat de tip pavlovian, psihanaliza apreciază simptomele ca fenomene psihice care izbucnesc din abisurile psihismului, ca expresie a unor vechi situații conflictuale trăite, refulate și uitate.

Spre deosebire de terapia comportamentală care consideră simptomul ca un epifenomen determinat și întreținut de un factor exogen și de o eronată învățare, psihanaliza vede simptomul ca izvorând din raporturile intime ale persoanei contorsionată de conflictele dintre instanțele propriului psihism.

În timp ce psihanaliza pretinde un demers etiologic plecând de la cauze și conflicte, spre a căror lichidare tinde prin mecanismul abreacției, terapia comportamentală pleacă de la simptome a căror suprimare o caută în decondiționare; psihanaliza procedează astfel inductiv, iar terapia comportamentală deductiv. În consecință, psihanaliza recurge la o investigație istorico-longitudinală, pornind de la începuturi imemoriabile insului, spre deosebire de terapia comportamentală care întreprinde o secțiune transversală, prin efectuarea unui inventar simptomatic actual.

Singurul element (în fond aparent) de apropiere între cele două metode de psihoterapie constă în relatarea (expunerea) simptomelor și trăirilor; pe când însă psihanaliza interpretează aceasta ca pe o curățire și o eliberare de elementele morbide (prin ceea ce ea denumește **catharsis**), terapia comportamentală consideră că prin aceasta se realizează o "obișnuire" cu fenomenele clinice, dobândindu-se astfel o toleranță mai mare față de stările patologice.

Pe baza acestor considerente putem afirma că psihanaliza procedează obsesiv, pornind de la trăirile timpurii ale insului, adunând minuțios, hiperanalizând, căutând, găsind (uneori invocând) semnificații tuturor evenimentelor, chiar și acelora lipsite de semnificație. Dimpotrivă, terapia comportamentală procedează impulsiv-intempestiv, pornind de la fapte (respectiv simptome), ignorând (cu dezinvoltură inocentă) cauze și mecanisme și afirmând (în virtutea unui elan, credem, riscant) că dispariția simptomelor este echivalentă cu vindecarea bolii. În felul acesta, psihanaliza ne apare ca marcată de o prudență care-i trădează scepticismul, în timp ce terapia comportamentală vădește un optimism care îi suspectează realismul.

5.2. Organizarea și cadrul de desfășurare a curei psihanalitice.

Organizarea psihoterapiei începe cu actul selecției care, în cazul psihanalizei, impune criteriile cele mai severe, eliminând astfel majoritatea candidaților și acordând șanse celor "care suferă de tulburări minore, prezintă o funcționare socială satisfăcătoare și au capacitatea de a se exprima în plan afectiv" (**R. Peliser**, 1988, p. 1084). De fapt, ceea ce suspectează eficacitatea psihanalizei (și din acest punct de vedere) nu este selecția în sine, ci rigorile ei excesive. Evident, în astfel de condiții, aprecierile comparative cu alte metode de psihoterapie sunt lipsite de validitate întrucât, încă din start, toate celelalte abordări sunt handicapate.

Cadrul și modul de desfășurare a ședințelor sunt supuse, de asemenea, unor reguli fixe, fapt "ce corespunde unor considerente practice și teoretice imperative" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1097). Astfel, ședințele se desfășoară întotdeauna în același loc "fixitatea constituind un element important, care este rigid și impregnat cu răceală" (**Ibidem**). În analiza clasică, pacientul se află întins pe divan, analistul situându-se în spate, în afara câmpului vizual al pacientului.

Poziția de **decubit dorsal** a pacientului este obligatorie în psihanaliză și răspunde unor rațiuni complexe, determinate de însuși conținutul metodei. Astfel, la începuturile psihanalizei, această poziție a fost argumentată de necesitatea pacientului de a se destinde și de a putea comunica fără ezitări sau reținere. De fapt, acest ultim argument, al relaxării cenzurii a impus și plasarea terapeutului în spatele pacientului.

Ulterior, poziția de decubit a fost explicată prin necesitatea de a plasa pacientul "într-o stare de frustrare", aceasta fiind considerată ca o condiție și totodată ca un punct de plecare, fără de care procesul analitic nu poate fi posibil. Această necesitate, a frustrării, este o chestiune mai nuanțată și este analizată de psihanaliză în contextul dorinței care, deși nu definește exhaustiv subiectul, acesta nu poate fi conceput (cel puțin de psihanaliză) în afara dorinței. În plus, psihanaliza consideră că numai pornind de la organizarea dorinței se va putea constitui subiectul. De fapt, în concepția psihanalitică, dorința implică un **Ego** care dorește, un obiect dorit și o privare de a fi satisfăcut. Această privare, constituie în fond o frustrare care funcționează ca un "apel" și care exercită totodată o atracție, în sensul afirmării subiectului față de dorința sa. În alt plan, privarea delimitează un spațiu

psihic în care apare atât emergența cât și împlinirea dorinței.

Ritmul în care se desfășoară cura psihanalitică este apreciat în mod relativ constant dar, am constatat că, în timp, el s-a redus progresiv. Astfel, "în mod ideal procesul ar trebui să se desfășoare șapte zile pe săptămână, câte o oră în fiecare zi" (**R. S. Wallerstein**, 1984, p. 515). De fapt, această cadență a fost mai mult preconizată (la începuturile psihanalizei) decât realizată, întrucât însuși **S. Freud** invoca cu regret întreruperea de duminică, iar mai apoi "podul" din timpul **weekend**-ului.

În mod tradițional însă, ritmul ședințelor a fost de cinci pe săptămână iar actualmente, acest ritm a scăzut la patru pe săptămână, acesta fiind un minimum necesar în vederea menținerii continuității. De fapt, "majoritatea analiștilor consideră că sub patru ședințe pe săptămână nu poate exista o psihanaliză adevărată întrucât elementul vital al continuității nu poate fi respectat la întreruperi mai frecvente" (**Ibidem**). Este de menționat faptul că, în mod ideal, fiecare ședință este "protocolată" în ziua respectivă, pentru ca astfel, analistul să poată pătrunde mai bine "în ritmul vieții pacientului". Totuși, există clinicieni care consideră că ședințele de psihanaliză pot avea "o frecvență de 1-2 pe săptămână" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1338).

Durata ședințelor a cunoscut, de asemenea, o reducere progresivă și anume, de la 60 minute în perioada inițială a aplicării, psihanaliza s-a redus la 45-50 minute, ceea ce constituie durata standard, pentru ca, în ultimii ani, să fie preconizate "ședințe de 30-35 minute". (**Ibidem**).

Durata curei este, de asemenea, diferit evaluată, apreciindu-se însă în mod constant că "psihanaliza este un proces de lungă durată, care se întinde pe 2-5 ani" (**J. Vermeylen, P. Sivadon**, 1973, p. 135). Menționăm totuși că, spre deosebire de ritmul și de durata ședințelor, care au scăzut progresiv, durata curei psihanalitice a crescut în mod constant. Astfel, dacă în prima parte a aplicării ei, psihanaliza era eșalonată pe o perioadă de la câteva luni la doi ani, "actualmente ea are o durată de 5-10 ani". (**J. P. Losson**, 1988, p. 1099). Desigur, durata curei nu corespunde unei reguli fixe și lungimea psihanalizei nu constituie garantul calității sale.

5.3. Principalele tehnici ale psihanalizei.

În demersul său terapeutic, psihanaliza recurge la diverse tehnici care, în forma tradițională a metodei, sunt respectate, în timp ce, în psihoterapiile psihanalitice, sunt abreviate sau numai în mod selectiv aplicate.

Numeroase și variate în conținutul lor, tehnicile psihanalitice nu sunt bine delimitate de alte fenomene psihice care apar în timpul procesului terapeutic și al relației terapeutice. Totuși, dintre tehnicile psihanalitice, cele mai larg folosite sunt asociația liberă, abreacția, clarificarea și interpretarea.

Asociația liberă este o tehnică ce a constituit, încă de la apariția psihanalizei, principalul mijloc de comunicare a conținutului necenzurat al inconștientului pacientului. Ea a constituit totodată procedeul primar necesar obținerii materialului brut pe care se

bazează, în ultimă instanță, psihanaliza ca metodă psihoterapeutică. Denumită astfel de către **S. Freud**, "asociația liberă" este un mod de gândire și exprimare aleatorie prin care conflictele ce stau la baza relațiilor personale perturbate să poată fi depistate. Unii clinicieni consideră însă că "termenul este de fapt impropriu întrucât asociațiile nu sunt deloc libere" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1339), ci sunt dirijate de trei tipuri de forțe inconștiente:

- conflictele patogenetice ale nevrozei;
- dorința pacientului de vindecare;
- încercarea pacientului de a face plăcere analistului.

Cu toate acestea, "asociația liberă este termenul uzual, intrat în limbajul curent, ce subliniază natura discursului unui pacient în contextul analizei sale" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1099). Astfel, prin intermediul acestui proces "regresiv", sentimente demult uitate, traume psihice, strategii adaptative, active sau defensive, ies din nou la iveală, trecutul psihic al pacientului fiind readus în prezentul analitic.

Asociația liberă include și incitarea pacientului de a-și relata visele. Sub o deghizare simbolică, visul exprimă frici și pulsiuni inconștiente fiind considerat "calea regală a cunoașterii activităților inconștiente ale psihicului" (**S. Freud**, 1958, p. 608).

Atenția flotantă a analistului constituie "corespondentul" asociației libere a pacientului. Denumită și "**atenție liber-fluctuantă**", ea constă într-un mod special de ascultare dar și dintr-o anumită identificare a terapeutului cu afectele și ideile pacientului. În același timp, terapeutul acordă atenție propriilor sale activități, care sunt, în general, stimulate de materialul pacientului său. Atenția analistului asupra propriilor sale experiențe subiective face parte din munca propriu-zisă de analiză care devine tot mai eficientă, pe măsura cunoașterii pacientului și progresului terapiei.

Abreacția (**catharsis**-ul) este termenul prin care psihanaliza denumește fenomenul eliberării, al descărcării de tensiune afectivă negativă. Mai ales în prima parte a analizei, pacientul, aflat într-o stare de fragilitate psihică și de sensibilitate, dezvăluie în fața terapeutului o suferință psihică tradusă prin descărcări penibile (plâns, lamentație) ce au ca efect (imediat) o stare de eliberare, de liniștire, de tranchilizare și, implicit, un anumit beneficiu terapeutic. Uneori, pentru a reduce reticența pacientului, abreacția este ajutată de medicamente, recurgându-se la așa-numita subnarcoză amfetaminată sau dezinhibiție cu amital. Tocmai de aceea, abreacția a fost considerată ca o tehnică ce permite "decompresia emoțională" prin care pacientului i se dă ocazia să vorbească " despre dificultăți și conflicte...sau nefericiri din trecutul său" (**H. J. Walton**, 1983, p. 647).

Clarificarea (**insight**-ului) a fost definită ca "procesul prin care sensul, semnificația, **pattern**-ul sau utilizarea unei trăiri (experiențe) devine clar, sau înțelegerea care rezultă din acest proces" (**R. A. Harper**, 1959, p. 163). Fiind un proces de înțelegere și clarificare se consideră că insight-ul este un fenomen pur intelectual. S-a constatat însă că uneori are loc o "explozie bruscă de iluminare", ceea ce a determinat o disjuncție a fenomenului în **insight intelectual** și **insight emoțional**. Au fost reevaluate astfel aserțiuni mai vechi conform cărora "în timpul evoluției tipice a psihoterapiei...pacientul trăiește **insight**-ul

într-o formă atenuată emoțional" (**A. Ludwing**, 1966, p. 315), iar pe acest fundal apar "numeroasele insight-uri mici care sunt trăite și asimilate intelectual, într-o lungă perioadă de timp" (**Ibidem**).

Valoarea terapeutică a insight-ului este încă discutabilă, fiind condiționată de anumite exigențe:

- **constanța**, care impune ca deducțiile bazate pe clarificare să fie logic fondate și stabile, indiferent de adevărul sau falsul conținutului problemelor;

- **continuitatea**, conform căreia clarificarea trebuie să aibă loc în anumite cadre de referință teoretic-existente sau curente de tradiție în care să poată fi testată;

- **consecințele personale**, după care, clarificarea va fi apreciată în funcție de rezultatele terapeutice;

consecințele sociale, au în vedere faptul că orice clarificare trebuie să permită persoanei să interacționeze cu ceilalți într-un mod mai semnificativ.

Desigur, această clarificare duce la schimbare, dar nu există un consens asupra caracterului terapeutic al acesteia; tocmai de aceea se poate considera că nu orice ameliorare poate fi atribuită procesului de clarificare, după cum, nu orice clarificare poate duce la ameliorare.

Interpretarea este procedeul prin care analistul atribuie evenimentelor sau fenomenelor relatate de pacient o semnificație sau o cauză subiacentă. Se consideră că "în psihanaliza propriu-zisă interpretarea este tehnica centrală, iar celelalte tehnici sunt utilizate numai pentru a facilita interpretarea" (**R. S. Wallerstein,** 1984, p. 515). Ea are în vedere realitățile psihologice ale pacientului, ca și experiențele sale individuale, specifice, legate de un conflict. În psihanaliză, interpretarea se concentrează asupra transferului, care constituie principalul cadru de referință al interpretării. Conform opiniei unor analiști, transferul (cel puțin sub aspectele sale actuale) trebuie interpretat încă de la începutul psihanalizei.

Analiza activității onirice este considerată ca paradigma interpretării psihanalitice. **S. Freud** considera că visele comportă o anumită semnificație ce poate fi relevată într-un anumit context în care elementele lor lipsite de sens devin rezonabile. Astfel, interpretarea semnificațiilor unui vis impune exploatarea tendințelor trecute și curente, care sunt combinate într-o unitate, în conținutul manifest al visului. Interpretarea se face progresiv, mergând de la conexiuni manifeste sau actuale spre un material mai profund, mai latent, de la ceea ce este accesibil sau parțial accesibil spre ceea ce este necunoscut.

Sincronizarea este un atribut al interpretării vizând caracterul adecvat al acesteia. Interpretarea implică o anumită oportunitate, un anumit moment din starea pacientului, în care acesta să fie liniștit, relativ echilibrat, eliberat de situații anxiogene. De asemenea, interpretarea trebuie aplicată într-o anumită perioadă a procesului terapeutic, întrucât o interpretare prematură accentuează rezistențele pacientului, în loc să le elimine. În plus, interpretarea implică o anumită aptitudine, întrucât "cel care interpretează este prin definiție purtătorul unei presupuse cunoașteri; analistul este un revelator" (**J. P. Losson,** 1988, p. 1097). În ansamblu, se consideră că succesul psihanalizei constă în abilitatea

interpretării ce duce la clarificări tot mai ample și mai depline între dorințele inconștiente ale pacientului și comportamentul său conștient.

Prelucrarea constituie scopul ultim al psihanalizei și are în vedere explorările repetitive, progresive și elaborate ale interpretărilor și ale rezistențelor față de aceste interpretări, până la realizarea **insight**-ului (până când materialul prezentat este complet integrat în înțelegerea pacientului). De asemenea, prelucrarea cuprinde verificarea interpretărilor, ca și a rezistențelor pacientului față de aceste interpretări. Spre deosebire de alte tehnici analitice, prelucrarea include în mod necesar activitatea practică a pacientului în afara orei de terapie.

Rezistențele sunt fenomene psihice insuficient elucidate și prost definite, care apar în cursul procesului analitic. În linii de maximă generalitate, ele sunt considerate ca "forțe represive" care apar odată cu aducerea materialului psihic din inconștient spre conștient. În sens restrâns, rezistențele sunt apreciate ca operații (sau acte) ale activității defensive ale **Ego**-ului, așa cum apar ele în procesul analitic.

Rezistențele pot apare în diferite faze ale analizei, dar mai ales în faza de dezvoltare a transferului (care antrenează în plus și exacerbarea mecanismelor de apărare ale **Ego**-ului), ca și cu ocazia inițierii interpretărilor. Apariția rezistențelor este marcată prin numeroase semne, recunoașterea lor fiind uneori simplă, alteori dificilă, întrucât aproape orice caracteristică a situației analitice poate fi folosită în serviciul rezistenței, după cum "orice aspect al situației analitice poate deveni un nucleu de rezistență". (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1344).

Inconfortul resimțit de pacient în anumite momente ale analizei, ca și în corelație cu unele fenomene psihice ale acestui proces, este expresia mobilizării rezistențelor conștiente sau inconștiente. Ele sunt trăite ca o "jenă" sau ca un "refuz" și ilustrate clinic prin acte ratate, amnezii sau simptome, ca și prin fapte comportamentale ca: tăceri prelungite, banalizarea asociațiilor libere, ostilitate față de analist etc. Simptomul nevrotic este considerat ca o formațiune de compromis între două tendințe psihice opuse: presiunea pulsională și reprimarea ei. Tocmai prin aceste rezistențe care apar în defășurarea curei se manifestă dorințele ascunse.

Analiza acestor rezistențe și interpretarea lor reprezintă un "factor esențial" în "luarea de conștiință" asupra relațiilor transferențiale. Tocmai de aceea orice abordare terapeutică ce nu ține seama de realitatea rezistențelor nu poate fi considerată ca având o bază psihanalitică. Mai mult, analiza rezistenței se află "în miezul muncii analitice".

5.4. Terapeutul și pacientul în procesul analitic.

Rolul terapeutului în procesul analitic este, cel puțin aparent și mai ales la începutul terapiei, șters, sau, mai bine spus, disimulat. Atent chiar la tăcerile (atât de greu suportabile ale) pacientului, el nu încearcă să intervină și cu atât mai puțin să inițieze sau să mențină o conversație de tip dialog. El se menține într-o **neutralitate binevoitoare**, pe care, deseori, pacientul nu o înțelege.

Această aparentă detașare de problematica și de persoana pacientului se înscrie în demersul specific (și strict) al procesului analitic. Deși aparent detașat, analistul nu este, desigur, indiferent, el concentrându-se spre a surprinde problemele importante din relatarea pacientului, stările lui afective, schimbările care survin în dispoziția sa. De fapt, mai ales în prima parte a desfășurării procesului analitic, terapeutul se concentrează în special asupra personalității pacientului decât asupra întâmplărilor sale. Scopul terapeutului este de a câștiga și menține accesul asupra conținutului (conștient și mai ales inconștient, de acum și mai ales din trecut) vieții psihice a pacientului, care prezintă terapeutului gândurile și sentimentele, dorințele și temerile, visurile și fanteziile. Indiferent de conținutul relatărilor, terapeutul nu judecă, nu sfătuiește, nu face considerații personale, menținându-se într-o neutralitate binevoitoare, eventual încurajând în mod tacit exprimarea afectelor transferențiale. Fidel acestui principiu, analistul nu încearcă să impună pacientului nici autoritatea personalității sale și nici sistemul său de valori.

Cu toate acestea, considerațiile psihanalitice din ultimii ani admit că "anumite aspecte realiste ale personalității analistului devin evidente pentru pacient în multe moduri și nu este posibil și nici dezirabil ca analistul să mențină așa-numitul <<ecran alb>>" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1331). Acest fapt nu trebuie însă interpretat ca o relaxare a principiului interzicerii oricăror **relații paralele** între analist și pacient. Ei nu vor avea nici un fel de relații în afara curei și este esențial ca pacientul să știe cât mai puțin posibil despre persoana și situația analistului său.

Rolul pacientului și **"regula fundamentală" a psihanalizei** sunt în strânsă corelație cu tehnicile analitice și în primul rând cu asociația liberă. Astfel, pacientul este invitat să relateze nu atât ceea ce consideră (întrucât aceasta presupune o relație), cât ceea ce îi vine în minte, indiferent cât de puțin semnificativ, irelevant sau jenant, trivial sau repulsiv ar fi conținutul gândurilor sale. Ca parte a abordării realiste, dar mai ales ca chezășie a autenticității terapiei, pacientul trebuie să fie absolut sincer în relațiile sale cu analistul. De fapt, regula fundamentală a psihanalizei implică două condiții:

- spontaneitatea comunicării, care trebuie bazată pe impuls, fără deliberare sau alegere, orice căutare adecvată impunându-se a fi evitată;
- accentul pe valoarea verbalizării conținutului psihic.

Astfel, "stimulându-se spontaneitatea relatării, pacientul este invitat să exprime verbal tot ce îi vine în gând, ca și tot ce resimte corporal, în afara oricărei cenzuri" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1098). Respectată, regula fundamentală conduce spre tehnica asociațiilor libere, cu care este, de fapt, corelată.

5.5. Relația terapeutică în abordarea psihanalitică.

Orice schimbare, dar mai ales ameliorare sau vindecare clinică are loc întotdeauna în contextul unei relații terapeutice, "aceasta întruchipând una din cele mai puternice forțe ale oricărui demers terapeutic" (**H. Strupp**, 1970, p. 396). Tocmai de aceea în orice act terapeutic și cu atât mai mult în tratamentul psihologic relația dintre terapeut și

pacient constituie "agentul terapeutic specific" (**J. N. Rosen**, 1972, p. 126).

Din perspectivă psihanalitică, relația terapeutică întrunește două ipostaze: aceea de subiect și aceea de obiect al analizei. Totodată, aceste două ipostaze pot fi analizate prin prisma a două roluri sau poziții ale terapeutului care au în vedere:

- elaborarea alianței terapeutice;
- construcția relației transferențiale.

Alianța terapeutică, denumită și "**alianță de lucru**", cuprinde aspectele raționale și conștiente ale relației terapeut-pacient. Prin aceasta, terapeutul urmărește să formeze o alianță reală și matură cu **Ego**-ul conștient și adult al pacientului, pe care "îl încurajează să fie un partener științific în exploatarea dificultăților sale" (**R. Chessick**, 1974, p. 72).

Parte esențială a procesului terapeutic, alianța se bazează pe acordul reciproc, explicit sau implicit, dintre terapeut și pacient, de a lucra împreună, conform exigențelor situației terapeutice. O sarcină majoră a terapeutului este aceea de a facilita dezvoltarea alianței terapeutice și de a-i indica pacientului că aceasta este necesară pentru acțiunea terapeutică a observației, evaluării și testării realității materialului relevat în timpul ședințelor de analiză.

Odată realizată, alianța terapeutică nu este definitivă, nu se bucură de stabilitate; ea trebuie să fie permanent observată, reintegrată și reconsolidată, mai ales în perioadele de transfer pozitiv și negativ, când stabilitatea ei slăbește. Insistând asupra menținerii integrității alianței terapeutice, unii analiști pun problema "siguranței" acesteia, care ar constitui condiția intervențiilor adecvate asupra aspectelor diadice ale relației ce apare în nevroza de transfer.

Relația obiectuală reală se înscrie ca un aspect semnificativ al relației terapeutice, alături de alianța terapeutică și relația de transfer. Relația reală are în vedere aspectele autentice și realiste dintre analist și pacient. Ea include totodată percepția realistă de către pacient a analistului, ca, de exemplu, trăsăturile sale de caracter sau reacțiile sale de contratransfer.

Relația reală se referă însă și la mediul terapeutic, care, în mod dezirabil, trebuie să fie calm, empatic și comprehensibil, ceea ce va permite îndeplinirea sarcinilor terapeutice. Se consideră că acest mediu servește, de asemenea, la menținerea contactului pacientului cu obiectele și realitatea, constituind relația obiectuală reală.

În cadrul acestei relații, sarcina terapeutului este stabilirea încrederii pacientului. Astfel, terapeutul caută să răspundă nevoilor pacientului, oferind acestuia posibilitatea de a fi înțeles. În plus, terapeutul dezvoltă o interacțiune mutuală care va permite pacientului să îl perceapă ca pe o persoană demnă de încredere, constantă și predictibilă. Prin relația reală, terapeutul oferă de asemenea pacientului standarde morale și valori care nu sunt însă exprimate în mod direct, ci incluse în caracterul și comportamentul său, servind astfel ca model de identificare pentru pacient. Tocmai de aceea, în cadrul relației reale, terapeutul nu reprezintă "atât ceea ce spune sau ceea ce face, ci ceea ce este" (**R. Chessick**, 1974, p. 243).

5.6. Relația transferențială în psihanaliză: transfer, contratransfer, nevroză de transfer.

Definit în sens general ca ansamblul sentimentelor, atitudinilor și comportamentului pacientului față de terapeut, termenul de transfer include de fapt "aspecte raționale și adaptative, ca și distorsiuni iraționale care apar din abisurile inconștiente ale pacientului" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1340) cu privire la persoana terapeutului. Cheie de boltă a psihanalizei, transferul constituie "principalul cadru de referință pentru interpretare" (**Ibidem**).

Fenomenul transferențial, prezent în cadrul curei psihanalitice dar și al oricărei relații terapeutice, a fost remarcat, interpretat și acreditat cu un semnificativ potențial terapeutic de însuși fondatorul psihanalizei, **S. Freud**. În cadrul psihanalizei, el a constatat la pacienții săi apariția unor sentimente pe care le considera "parazite" procesului terapeutic. Ulterior, el a fost frapat de caracterul sistematic și adresativ al acestor sentimente față de propria sa persoană. Analizând fenomenul, **S. Freud** a constatat că aceste sentimente constituiau " un fel de repetiție", în cadrul unui model relațional pe care fiecare pacient are tendința de a-l reproduce, în toate relațiile sale în cursul existenței. De fapt este vorba de repetiția unor sentimente și atitudini din copilăria pacientului în fața și la adresa terapeutului, fenomen pe care **S. Freud** l-a denumit transfer. Conform concepției sale, prin aceste manifestări transferențiale se reactualizează dorințe inconștiente ale pacientului în cadrul curei psihanalitice. În consecință, acest fenomen constituie "piatra unghiulară" a psihanalizei, pe baza căreia terapeutul își va elabora interpretările.

Actualmente, noțiunea de transfer și-a extins sfera, îmbogățindu-și conținutul; **transferul nu mai este considerat o repetiție, ci o reactualizare** (a experiențelor și trăirilor emoționale din timpul copilăriei) declanșată și favorizată de contextul psihoterapiei, dar mai ales de prezența și rolul psihoterapeutului. Tocmai pentru a putea fi subliniat caracterul său complex de "reactualizare" și "retrăire" (în comparație cu imaginea întrucâtva implicită de fenomen repetat) se vorbește actualmente de "transfer actualizat", "constituit în esență din prototipuri infantile care sunt trăite ca actuale" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1100).

Față de apariția relației transferențiale, terapeutul trebuie să adopte recomandările deosebit de actuale ale lui **S. Freud**:

- analistul trebuie să constituie "o oglindă" pentru pacientul său, reflectând numai ceea ce se reflectă la el de la pacient, cu alte cuvinte, în relația transferențială terapeutul nu trebuie să antreneze propriile sale sentimente, atitudini, valori și viață personală;
- analistul trebuie să respecte "regula abstinenței", să mențină o postură de "privație", în sensul că "motivele tehnice trebuie să se unifice cu cele etice, oprindu-l astfel pe terapeut să ofere pacientului dragostea la care acesta aspiră în mod necesar" (**S. Freud**, 1958, p. 157).

În psihanaliză, aceste două aserțiuni tradiționale sunt considerate și astăzi ca exigențe

fundamentale față de analist, pentru ca acesta să-și poată îndeplini activitatea terapeutică; în mod categoric, terapeutul trebuie:

- să frustreze în mod constant și să evite gratificarea dorințelor pacientului;
- să rămână relativ îndepărtat și anonim, un observator deliberat, nepasional, oglindă rece a sentimentelor pacientului.

Analiza transferului constituie esența psihanalizei, în timp ce transferul este apreciat ca instrument major al analizei, dar și ca principalul său obstacol. Aceasta cu atât mai mult, cu cât poziția reflexivă și ambiguă a terapeutului în contextul ședințelor regulate de analiză accentuează procesul transferențial și intensitatea sentimentelor pacientului. La rândul său, terapeutul poate încuraja aceste sentimente numai în anumite circumstanțe, și anume:

- când consideră că o astfel de regresie nu va afecta capacitatea pacientului de testare a realității;
- când alianța terapeutică este suficient de consolidată, încât să reziste la frustrarea rezultată din confruntarea cu neutralitatea terapeutului.

În această privință trebuie subliniat faptul că elucidarea deliberată a reacțiilor de transfer provoacă în mod inevitabil rezistențe din partea pacientului, dar acestea vor trebui învinse ca parte a tratamentului. Privarea produsă de interpretarea transferului are ca rezultat diminuarea gratificării din relația obiectuală infantilă; pacientul este confruntat cu suferința sentimentelor sale respinse și i se cere să se ocupe de aceste sentimente, să gândească asupra lor.

Readucerea trecutului în prezentul analitic, retrăirea trecutului în acest context al prezentului, recunoașterea și interpretarea lui prin intermediul reacțiilor de tip transferențial și al sentimentelor rezultate din interacțiunea cu analistul conduc procesul analitic spre ultima sa fază. Prin interpretarea sistematică a acestor complexe fenomene de transfer, problemele trecutului sunt reelaborate, găsindu-li-se soluții mai adaptative. În această fază a interpretărilor, pacienții își înlătură soluțiile nevrotice (până atunci adoptate) și își rescriu autobiografiile pe terenul eliberat de conflicte și tensiuni psihice.

Contratransferul (analistului) este un proces inconștient ce răspunde transferului pacientului. În sens general, contratransferul constituie ansamblul sentimentelor și atitudinilor, conștiente și inconștiente, induse terapeutului prin (sau ca răspuns la) transferul pacientului.

Fapt psihic real, diferit ca formă de manifestarea de la un analist la altul, în funcție de structura personalității sale și de fenomenologia transferențială, contratransferul se traduce nu numai prin sentimente, ci și prin atitudini antiterapeutice, ilustrate prin punerea la distanță a pacientului, atacuri sadice subtile, impresia de omnipotență. Un contratransfer accentuat este interpretat ca un semn de nevroză a terapeutului. Tocmai de aceea, în condițiile unui contratransfer evident, terapeutul trebuie:

- să renunțe la pacient;
- să se supună unei autoanalize sau chiar analize pentru a elimina acest impediment din munca sa.

Idealul neutralității binevoitoare, care în opinia noastră constituie **regula de aur a psihanalizei**, repudiază orice manifestare contratransferențială, ce trebuie evitată în mod necesar, terapeutul concentrându-se numai asupra relatărilor pacientului. Totuși, în ultimii ani s-a dezvoltat o nouă concepție asupra fenomenului contratransferențial a cărui analiză "silențioasă și necomunicată pacientului" (**J. P. Losson**, 1988, p. 1100) va constitui cheia înțelegerii transferului.

Psihanaliza didactică, recomandată întotdeauna de teoria psihanalitică, este impusă actualmente de reevaluarea fenomenelor contratransferențiale. Necesitatea ca analistul să fie el însuși analizat în prealabil are în vedere:

- grija ca propriile sale afecte să nu interfereze cu acelea ale pacientului;
- o mai bună înțelegere a proceselor inconștiente ale pacientului;
- creșterea competenței terapeutului în realizarea interpretărilor.

Nevroza de transfer, veritabilă exacerbare a fenomenelor transferențiale, este favorizată de condițiile tehnice ale terapiei analitice. Sub aspect clinic, nevroza de transfer își anunță existența printr-o creștere a interesului și preocupărilor față de analiză, "care devine în mod temporar problema cea mai importantă a vieții pacientului, mai importantă uneori decât soția sau copilul" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1342). Spre deosebire de relațiile de transfer evanescente, nevroza de transfer este alcătuită dintr-un set de transferuri oarecum variabile, dar intense și focalizate asupra terapeutului, prin care pacientul reactualizează aspecte ale trecutului său. Sub acest aspect, unii analiști au în vedere o formă accentuată a fenomenului și vorbesc de retrăirea completă a trecutului în prezent, denumită "nevroză regresivă de transfer" (**R. S. Wallerstein**, 1984, p. 515). Considerăm însă că, în nevroza de transfer, oricât de completă ar fi retrăirea trecutului, numai piesa este aceeași, în timp ce interpretarea, montarea și regia sunt cu totul noi.

Rezolvarea nevrozei de transfer, scop final al terapiei analitice, constă în luarea la cunoștință de către pacient a legăturilor nevrotice care îl atașau de terapeut, ca și câștigarea unei autonomii față de acesta și față de ceea ce reprezintă el. Aceasta constituie faza finală a terapiei, care permite deseori schimbări structurale importante.

Analiza interminabilă are în vedere refuzul pacientului de a renunța la beneficiile secundare pe care le ocazionează existența nevrozei de transfer. Ca și anxietatea excesivă provocată de interpretările analistului, analiza interminabilă este considerată ca o rezistență la (față de) luarea de cunoștință asupra existenței conflictelor de bază.

5.7. Indicațiile și contraindicațiile psihanalizei.

Conform unui vechi aforism, psihanaliza constituie abordarea de elecție pentru o categorie limtată de pacienți, care sunt destul de bolnavi ca să aibă nevoie de ea și care sunt suficient de sănătoși ca să o poată tolera. În strânsă legătură cu selecția, **indicațiile pentru psihanaliză** constituie un subiect de controversă pentru specialiști, unii recomandând restrângerea ei, în timp ce alții o consideră utilă pentru categorii nosografice mai largi. În orice caz, se consideră că numai 5% dintre pacienții recomandați pentru

psihanaliză sau care o solicită sunt și indicați pentru a o urma. Astfel, indicațiile psihanalizei se limitează la tulburări reactive acute și situaționale, ca și la tulburări nevrotice: anxioase, fobice, obsesionale. În cadrul indicațiilor relative se înscriu tulburările psihosomatice cu componentă nevrotică severă, tulburări de personalitate și tulburări de conversie.

Contraindicațiile psihanalizei au în vedere afecțiuni psihice severe cum sunt psihozele, care impun tratament psihofarmacologic. De asemenea, sunt contraindicați pacienții cu o slabă forță a **Ego**-ului, pe care efortul cerut de psihanaliza în sine îi poate dezorganiza psihic, cu pericolul apariției unor pulsiuni suicidare ori a unor stări regresive sau dezvoltări psihotice.

Bibliografie

Achaintre, A., Balvet, P., *Actualités de therapeutique psychiatrique*, Masson, Paris, 1963.

Arieti, S., *Interpretation of Schizophrenia*, Basic Books, New York, 1974.

Breuer, J., Freud, S., *Les mecanismes psychiques des phénomènes histeriques*, în: "Etudes des l'histérie", Paris, Presse Univ. France, Paris, 1967, p. 1-13.

Chessick, R., *The Technique and Practice of Intensive Psychotherapy*, Jason Aronson, New York, 1974.

Freud, S., *The psychology of the dream-processes*, în: The Complete Psychological Works, Hogarth Press, London, 1958, p. 509-621.

Freud, S., *Papers on Technique*, în: The Complete Psychological Works, Hogarth Press, London, 1958, p. 85-171.

Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1925.

Guyotat, J., *Introduction aux aspects actuels de la psychotherapie*, în: "Confrontations Psychiatriques", 1986, 26, p. 7-18.

Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, John Wiley, New York, 1957.

Ionescu, G., *Psihoterapiile condiționării - replică modernă a psihanalizei clasice*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1972, 18, 6, p. 481-494.

Ionescu, G., *Psihoterapia prin decondiționare; aplicarea principiilor condiționării și ale teoriei învățării în tratamentul psihologic al stărilor nevrotice*, în: "Analele Universității București, Psihologie", 1973, 22, p. 133-151.

Ionescu, G., *Adolescență și transfer*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1979, 24, 1, p. 23-27.

Losson, J. -P., *Psychanalyse*, în: Psichiatrie Clinique: approche bio-psicho-sociale (P. Lalonde, F. Grunberg, Ed.), Gaëtan Morin, Montreal, 1988, p. 1094-1109.

Ludwig, A. M., *The formal characteristics of therapeutic insight*, în: "Amer. Journ. Psychoter.", 1966, 20, p. 305-318.

Nemiah, P. C., *Psychology and psychosomatic illness; reflexions on theory and research methodology*, în: Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, 22, p. 106-111.

Paolino, Jr., T. J., *Psychoanalytic Psychotherapy; Theory, Technique, Therapeutic Relationship and Treatability*, Brunner-Mazel, New York, 1981.

Peliser, R., *Foundements de la Psychothérapie*, în: Psychiatrie Clinique: approche bio-psycho-sociale (P. Lalonde, F. Grunberg, ed.), Gaëtan Morin, Montreal, 1988, p. 1078-1093.

Rosen, J. N., *Direct psychoanalysis*, în: "Handbook of Psychiatric Therapies", Science House, New York, 1972, p. 125-131.

Sarwer-Foner, G. J., *The Dynamic of Psychiatric Drug Therapy*, Charles Thomas, Springfield, 1960.

Stewart, R. L., *Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1331-1365.

Strupp, H., *Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy and the problem of control*, în: "Arch. Gen. Psychiat.", 1970, 23, p. 393-401.

Swift, Nancy, *Psychotherapy*, în: Handbook of psychiatry, IV. The neuroses and personality disorders (G. F. M. Russel, L. Hersov, eds.), Cambridge University Press, Cambridge, London, New York, 1983, p. 75-80.

Vermeylen, J., Sivadon, P., *Les psychothérapies*, în: Traité de psychologie médicale (Red. P. Sivadon), Presse Univ. France, Paris, 1973, p. 129-149.
Wallerstein, R. S., *Psychoanalysis and Long-Term Dinamic Psychotherapy*, în: Review of General Psychiatry (H. H. Goldman, ed.), Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1984, p. 514-522.
Walton, H. J., *Individual Psychotherapy*, în: Companion Psychiatric Studies (R. E. Kendel, A. K. Zealley, Eds.), Churchill Livingstone Edimburg, 1983, p. 643-651.

Capitolul X

TERAPIA COGNITIVĂ

Antiteză terapeutică față de abordarea psihanalitică, ignorând rolul afectului și al inconștientului, terapia cognitivă acreditează importanța luciditătii conștiinței, a judecății și a capacității de testare a realității.

1. Izvoare teoretice ale terapiei cognitive.

Terapia cognitivă, cea mai nouă metodă de tratament psihologic, este totodată cea mai elaborată, teoretic fundamentată, înalt validată și larg adoptată de către clinicieni, care caută să o extindă dincolo de domeniile bolilor depresive pentru care a fost acreditată.

Aflându-și sorgintea în anumite curente filosofice și psihologice, terapia cognitivă se instituie ca o replică negativă a acestora, ca și cum rostul ei ca metodă terapeutică nu este acela de a le ilustra în practică, ci, dimpotrivă, de a arăta limitele lor în plan aplicativ.

Un filon important al terapiei cognitive poate fi regăsit în filosofia fenomenologică și, dincolo de aceasta, în filosofia stoicilor greci, la **Epictet**, cel care a subliniat importanța semnificațiilor pe care oamenii le acordă faptelor și evenimentelor, mai ales dacă acestea sunt negative. Expresie a subiectivismului din filosofia antică, Epictet considera că, în fond, oamenii nu sunt determinați de lucruri, ci de interpretarea pe care ei le-o conferă acestora. Acest punct de vedere se înscria în altul mai general, după care un rol central în determinarea comportamentului revine concepției insului despre sine și lume.

De fapt, terapia cognitivă a preluat din filosofia stoicilor, numai ramura optimistă a acesteia și a dezvoltat ideea conform căreia durerea și suferința prilejuite de un eveniment nu sunt, în fond, determinate de acesta, ci de judecata persoanei respective asupra evenimentului implicat, judecată care poate fi corectată, întrucât "stă în puterea omului să elimine acest mod de a gândi". Dar dacă suferința nu este determinată de situația sau fenomenul negativ care a precedat-o, ci de judecata noastră asupra acelei situații sau acelui fenomen, înseamnă că judecata și implicit semnificația ei negativă au determinat tulburarea afectivă.

Alt izvor de inspirație al terapiei cognitive poate fi regăsit în psihanaliză și în primul rând în psihologia lui **A. Adler**, care consideră că fiecare ins prezintă o (și "trăiește într-o") concepție proprie despre lumea obiectivă. Aceasta se datorește faptului că stimulii cu care suntem în mod obișnuit confruntați sunt imediat organizați și conceptualizați în

mintea noastră. În plus, acordăm acestor stimuli un sens, în funcție de propriile noastre experiențe anterioare care sunt foarte personale. Această "reprezentare construită" a realității obiective a fost denumită "câmp fenomenologic", un construct necesar care ne permite a răspunde de ce față de același eveniment sau serie de evenimente, persoane diferite răspund în mod diferit.

Psihologia cognitivistă neagă însă psihanaliza întrucât aceasta, ca și curentele psihologice adiacente, atribuie inconștientului un rol determinant în geneza tulburărilor psihice. Pe un plan mai general, psihanaliza postulează faptul că traumele afective stau la baza manifestărilor psihopatologice. Ca o consecință a acestei axiome, empiric acceptate dar nevalidate, majoritatea metodelor de psihoterapie se adresează stărilor afective, respectiv manifestărilor dispoziției, ignorând rolul judecății și, în fond, al cogniției. În locul afectului și inconștientului, înalt investite de psihoterapiile dinamice, terapia cognitivă acreditează rolul judecății, al luciditătii conștienței și al capacității de testare a realității.

O altă sursă de inspirație pentru terapia cognitivă a constituit-o psihologia cognitivistă, care a încercat o aplicare a teoriilor sale atât în domeniul etiopatogeniei, cât și în acela al terapiei. Dacă terapia cognitivă este în mare măsură validată și poate fi, cu relativ succes, aplicată în clinică, nu credem că încercarea psihologiei cognitiviste de a descifra patogenia bolilor sau a tulburărilor psihice ar putea fi validată.

Totuși, din perspectiva terapiei cognitive, prezentăm unele aserțiuni ale cognitivismului în psihopatologie. Astfel, unii reprezentanți ai acestui curent postulează faptul că tulburările mintale rezultă din incapacitatea insului:

- de a rezolva problemele (**problem solving**) cu care este confruntat;
- de a face față (**coping skills development**) unor situații noi sau solicitante.

Pornind de la aceste premise etiopatogenice, terapeutul întreprinde o veritabilă psihagogie, respectiv o pedagogie medicală prin care pacientul:

- trebuie să identifice problema invocată drept cauză a tulburării;
- să-i găsească anumite soluții posibile de rezolvare;
- să supună aceste soluții imaginației și gândirii sale, apreciindu-le oportunitatea;
- să aleagă o soluție pe care o consideră cea mai bună;
- să caute a stabili condițiile concrete în vederea punerii în practică a soluției alese;
- să aplice soluția respectivă și să evalueze rezultatele obținute.

În stare de sănătate sau boală, acțiunea de rezolvare a problemelor, mai precis spus, premisa acestei rezolvări, constă într-o anumită dezimplicare și distanțare față de situația respectivă, ceea ce constituie, în același timp, un prim pas spre vindecare. Numai analiza "la rece", care presupune distanțarea, oferă posibilitatea găsirii soluțiilor optime, verificării lor, ca și dezvoltarea abilităților și capacităților și strategiilor de învățare, respectiv de adaptare la noua situație.

La rândul ei, metoda de a face față unor situații noi are la bază tehnica " de inoculare contra stresului" (**D. Meichenbaum**, 1985). Aceasta pornește de la premisa că anumite gânduri provoacă în mod necesar o stare afectivă negativă, mai ales când ele se referă la

propria sa valoare, sau pun în discuție stima de sine. În astfel de situații, urmând o manieră didactică, terapeutul îl învață și îl antrenează pe pacient să disocieze reacția emoțională de situație. În vederea atingerii acestui scop, terapeutul îi propune pacientului mijloace de control al gândirii și chiar metode de relaxare. Astfel, terapeutul îl ajută pe pacient să stabilească, cu anticipație, liste de răspunsuri cognitive, antrenându-l totodată să se destindă când este cuprins de tensiunea stării depresive.

În mod sintetic, tehnica "inoculării contra stresului" constă în antrenamentul de a nu răspunde imediat, în mod automat, în starea de tensiune afectivă, unui stimul afectogen din mediu, ci de a realiza un "recul", o distanțare care-i conferă totodată un anumit grad de eliberare de sub influența implicării în situație ca și de eliberare din starea emoțională negativă.

Psihanalist în prima parte a carierei sale, **A. T. Beck** a constatat că pacienții aflați în psihanaliză nu sunt încurajați să analizeze conținutul manifest al cogniților lor, nu fac nici o autoevaluare spontană a proceselor lor cognitive, ei concentrându-se asupra fantasmelor pe care le dezvoltă. Datorită acestui fapt, pacienții desfășoară în mod voluntar un monolog paralel cu ceea ce îi raportau psihoterapeutului. Această constatare l-a determinat pe **A. T. Beck** să încerce a stabili, în conștiința pacienților săi, o legătură între formulările lor cognitive anterioare și efectele asociate acestor cogniții, pentru a putea demonstra că la depresivi anumite asociații de idei dau naștere unor afecte disproporționate de conținutul lor.

Pornind de la aceste premise teoretice, **A. T. Beck** (1976 și 1979) a elaborat o teorie structurată și comprehensivă asupra depresiei și, pe baza acesteia, o terapie psihologică care, ulterior, a fost edificată în mod operațional de **A. J. Rush** et al. (1977 și 1983), precum și de către numeroși alți clinicieni. Astfel, din perspectiva teoriei cognitive, manifestările depresive sunt consecințe ale distorsiunii judecăților insului asupra evenimentelor și situațiilor psihostresante. Altfel spus, promotorii acestei noi metode de psihoterapie ipostaziază factorii cognitivi ca esențiali în bolile depresive, în timp ce fenomenele afective sunt considerate ca secundare și derivate din aceste cogniții distorsionate. Astfel, "construcțiile negative ale pacientului cu privire la realitate sunt postulate ca primă verigă în lanțul simptomelor" (**A. T. Beck** et al., 1979, p. 19). În consecință, simptomele pacientului depresiv, ca starea afectivă negativă, culpabilitatea, retragerea, resemnarea și altele sunt o expresie a distorsiunilor cognitive, iar acestea, la rândul lor, constituie fenomene clinice aflate în relații complexe, predominant cauzale cu tulburarea depresivă.

Terapia cognitivă inițiată de **A. T. Beck** nu se bazează pe gândirea pozitivă (**positive thinking**), conform căreia pacientul substituie convingerilor sale pe cele ale terapeutului, căutând să se autosugestioneze. Dimpotrivă, abordarea cognitivă este axată pe analiza realității printr-o metodă empirică, ceea ce îl determină pe pacient să își verifice gândirea în mod conștient și să relativizeze consecințele anticipate asupra unor situații stresante din mediu.

2. Cogniția, element primar și central al teoriei și al terapiei cognitive

Neologism care nu și-a găsit în acest moment al introducerii sale în limba română un sinonim, cogniția are semnficația unui ansamblu de concepte sau a unei concepții, a unui mod de a vedea situațiile, de a pune problemele sau de a interpreta faptele.

2.1. Asupra accepțiunii și definiției noțiunii de cogniție.

În mod deliberat, în această perioadă de decantare, de eventuală cristalizare a teoriei și terapiei cognitive acordăm o mai largă accepțiune noțiunii de cogniție, pentru a putea înțelege mai bine notele susceptibile în compunerea sa, ca și elementele la care se referă această nouă noțiune. Pe de altă parte, nu putem adera la gradul extrem de ambiguitate prezentat de unele definiții ale noțiunii care, în opinia noastră, exprimă o disoluție semantică. Într-o astfel de accepțiune, cogniția este definită ca "o idee sau o imagine vizuală de care nu ești probabil conștient, într-atât încât să-ți poți concentra atenția asupra ei" (**J. Cottraux, L. Collet**, 1986, p. 114). Evitând un comentariu semasiologic, nu putem renunța însă la sublinierea:

a) confuziei pe care o fac autorii între "imaginea vizuală și imaginea mentală, pe de o parte, și

b) caracterului "probabil conștient" al cogniției prin care autorii confundă caracterul eronat al cogniției cu caracterul ei conștientizat, fapt cu atât mai surprinzător cu cât, după cum se va constata imediat, persoanele cu cogniții distorsionate sunt pe deplin conștiente de veridicitatea acestor cogniții, ignorând caracterul lor distorsionat. Este ca și cum cel care prezintă o opinie eronată (asupra unui fapt) nu ar avea o greșeală de judecată, ci o tulburare de conștiință.

Pentru a evita ambiguități și confuzii asupra noțiunii de cogniție, redăm (după **S. D. Hollon** și **M. R. Kriss**, 1984) principalele sale categorii; acestea se referă la structuri, evenimente și procese cognitive care sunt descrise astfel:

- **structurile cognitive** sunt entități specific-organizate care cuprind cunoștințele unui ins despre sine și despre lume; se descriu **structuri de suprafață**, care se referă la ceea ce este gândit sau comunicat, și **structuri de profunzime**, care corespund sistemelor de semnificații, ca și autoverbalizările și imaginile mentale corspunzătoare acestora;

- **evenimentele cognitive** constau în gânduri, imagini și monologuri nonverbale pe care persoana le dezvoltă în timpul episodului depresiv;

- **procesele cognitive** explică structurile și evenimentele cognitive; astfel, procesele cognitive: a) indică modul în care structurile cognitive de profunzime sunt transpuse în structuri de suprafață, după cum b) explică modul de elaborare a evenimentelor cognitive de către structurile cognitive.

În mod sintetic apreciate ca "idei automate", cogniții sunt definite ca "imagini mentale sau conținut mental verbal care se află în conștiința pacientului"... și "reprezintă ceea ce gândește pacientul în situație" (**A. J. Rush**, 1983, p. 105).

2.2. Implicarea cogniției în psihologie și în psihopatologie.

Din perspectiva teoriei cognitive se consideră că omul participă la dezvoltarea sa prin explorarea lumii înconjurătoare, prin confruntarea cu probelemele care i apar în față, ca și prin analiza soluțiilor pe care și le propune rezolvării problemelor. Prin această monitorizare a ambianței se dezvoltă ceea ce **Platon** denumea un "dialog interior". S-a argumentat astfel că în interacțiunea cu ambianța se constituie nu numai experiența, ci și cunoașterea de sine și chiar stima de sine. De fapt, în ultimele două decenii, odată cu dezvoltarea teoriilor personalității, s-a subliniat că mai multe fațete ale psihismului uman au în vedere aspecte cognitive ca stima de sine, imaginea de sine, identificarea, proiecția sinelui în viitor etc., considerându-se că este imposibil a concepe și înțelege omul fără această dimensiune cognitivă.

La rândul său, insul acționează asupra mediului prin ceea ce este el: cu achizițiile sale, cu nivelul său de maturizare, cu experința (trăită a) relațiilor sale parentale. Este reevaluată astfel o mai veche concepție asupra ființei umane care devine "un explorator activ al lumii sale" (**F. V. Guidano** și **G. Liotti**, 1983). Deseori, educația parentală este atât de puternic structurată, încât poate influența paradigmele de analiză a realității (prin excluderea sistematică a anumitor date), ceea ce antrenează apariția la copil a unui proces de gândire eronat. Dacă cel în cauză analizează prin această grijă construită pe baza experiențelor sale negative, trăite în timpul dezvoltării sale cognitive, el poate elabora o interpretare eronată asupra realității, susceptibilă să dezvolte în mod secundar tulburări afective.

Conform modului cognitiv de abordare a etiopatogeniei tulburărilor psihice, problemele insului sunt secundare acestor distorsionări ale realității, bazate pe premise false, achiziționate în timpul dezvoltării cognitive. Din această perspectivă, pacientul nevrotic nu poartă în fundal o tulburare emoțională, afectivă (cum consideră psihanaliza), ci **se află într-o stare de eroare cognitivă**. Aceasta fiind implicată în patogenie, trebuie avută în vedere și considerată ca un obiectiv în psihoterapie. De fapt se consideră că în toate formele de psihoterapie există o dimensiune cognitivă conștientă ce poate fi mai mult sau mai puțin valorizată, în funcție de conținutul și obiectivele metodei de abordare terapeutică.

3. Structura teoriei cognitive și relația ei cu patogenia tulburării depresive

Elementele esențiale ale teoriei cognitive, analizate din perspectiva tulburării depresive, au în vedere **triada** cognitivă, **schemele** și **distorsiunile** cognitive.

3.1. Triada cognitivă.

Constă în anumite pattern-uri de gândire care îl determină pe cel în cauză să-și aprecieze situația ca și propria sa personalitate și posibilitățile sale în termeni negativi.

Cu alte cuvinte, triada cognitivă constă într-un ansamblul de concepții și atitudini negative față de sine, de lume și de viitorul personal. Astfel:

- **cognițiile negative față de sine**, respectiv autoevaluarea negativă (**worthlessness**) structurează o concepție negativă a pacientului cu privire la sine, în virtutea căreia se autoapreciază ca inadecvat, inapt, indezirabil și, desigur, incapabil de a-și atinge scopurile;

- **cognițiile negative față de lume** sau evaluarea negativă a mediului (**helplessness**) au în vedere tendința pacientului de a percepe și trăi lumea ca suprasolicitantă, epuizantă, ostilă, care îl condamnă în mod inexorabil la înfrângere; "este o tendință de a experimenta lumea ca negativă, ca un loc al înfrângerilor, în care este de așteptat eșecul și pedeapsa" (**A. T. Beck**, 1985, p. 1433); simțindu-se respins, pacientul poate dezvolta uneori o stare paranoidă congruentă cu dispoziția și autodevalorizarea sa;

- **cognițiile față de viitor**, respectiv evaluarea negativă a viitorului (**hopelessness**), vizează expectații univoc negative, anxiogene, umilitoare și punitive; în consecință, pacientul dezvoltă uneori o atitudine pesimistă , defetistă și ideație suicidară.

În ansamblu, triada cognitivă se manifestă prin "percepții și interpretări eronate, pe baza cărora interacțiunile cu mediul sunt prost construite, destinate eșecului, înfrângerii și anulării, pacientul decupând astfel faptele, încât ele să corespundă expectațiilor sale negative" (**A. T. Beck**, 1979, p. 13).

3.2. Schemele cognitive.

Sunt derivate din gândirea stereotipă a pacientului și din **pattern**-urile sale comportamentale. Noțiunea de schemă cognitivă a fost utilizată de către **A. T. Beck** pentru a putea explica tendința pacientului depresiv de a se menține în atitudini defetiste, în situații de viață care nu sunt concordante cu dispoziția sa negativă. Astfel, schemele cognitive sunt reprezentări stabile organizate în cursul vieții, care oferă o bază "pentru **screening**-ul, diferențierea și codificarea stimulilor din mediu care acționează asupra persoanei" (**J. C. Coyne, I. H. Gotlieb**, 1983, p. 473). Din perspectiva pacientului, "schemele cognitive sunt valori sau noțiuni care derivă din experiențele sale precare de viață și care stau la baza pattern-urilor de gândire moment cu moment" (**A. P. Rush**, 1983, p. 105). Totodată, schemele cognitive sunt susceptibile să explice reacțiile și atitudinile diferite față de evenimente similare, instituite ca moduri de organizare și interpretare a experienței.

Edificate pe baza experienței trecute, schemele cognitive devin astfel "pattern-uri cognitive stabile, tranșante și net delimitate, prin care persoana depresivă interpretează experiența actuală" (**R. M. A. Hirschfeld, M. T. Shea**, 1985, p. 817). De fapt, schemele perceptive distorsionează experiența, împiedicând pacientul în stabilirea unei relații adecvate cu ambianța.

Relativ recent, schemele cognitive au primit și o altă accepțiune, conform căreia experiența este privită din perspectiva unei dihotomii morale "ca alb sau negru, fără

nuanțe de gri, ca imperative categorice care nu permit opțiuni, sau ca expectații după care oamenii sunt ori complet buni, ori complet răi" (**A. T. Beck**, 1985, p. 1433). După cum se va putea constata ulterior, prin această nouă definire a schemelor cognitive, autorul nu face altceva decât să introducă în structura lor aspecte ale gândirii dihotomice, caracteristice persoanelor depresive.

Un alt element nou introdus în conținutul noțiunii de schemă cognitivă este caracterul său intern și tacit (**silent assumptions**). Astfel, schemele cognitive sunt "relativ stabile și neverbalizate, formând grila de interpretare a evenimentelor" (**G. D. Pinard**, 1988, p. 1163). Totodată, schemele cognitive sunt "principii organizatoare ale stimulilor care permit structurarea realității percepute și formează un discurs interior care califică, dimensionează și clasifică evenimentele vieții cotidiene" (**Ibidem**).

Subliniem totodată faptul că, în privința genezei schemelor cognitive, teoria cognitivistă aduce un argument psihanalizei prin faptul că postulează ca punct de plecare al acestora experiențele negative din copilăria pacientului. De asemenea, în structurarea lor ulterioară, schemele cognitive depind, cel puțin parțial, de paradigme de interpretare a realității parentale. Totodată, ca și în psihanaliză, schemele cognitive pot fi reactivate în cursul vieții adulte prin "experiențe specifice". Fără îndoială, datorită acestor scheme cognitive pacientul este împiedicat să ajungă la concluzii obiective, persistând în comportamentele sale autodestructive.

3.3. Disfuncțiile sau distorsiunile cognitive.

Disfuncțiile cognitive sunt considerate ca "nucleu al depresiei" (**A. T. Beck**, 1985, p. 1433), iar "modificările afective și fizice, ca și alte trăsături asociate ale depresiei, sunt consecințe ale disfuncțiilor cognitive" (**Ibidem**). Variabile de la un ins la altul, disfuncțiile cognitive constau într-un mod particular de interpretare a realității, în funcție de schemele și respectiv de ipotezele cognitive subiacente. Denumite și "erori sistematice ale procesului de gândire" (**G. D. Pinard**, 1988, p. 1164), disfuncțiile cognitive scapă examenului clinic de rutină al pacientului, dar apar în cursul psihoterapiei. Printre cele mai frecvente disfuncții cognitive care contribuie la interpretarea eronată a informației și la perturbarea procesului decizional menționăm:

- **abstracția selectivă** sau **abstracția specifică**, care reflectă selectarea și extragerea unui detaliu, cu ignorarea aspectelor generale ale situației, astfel încât depresivul se concentrează asupra unui detaliu negativ, cu toate că ansamblul situației este pozitiv; cu alte cuvinte, pacientul depresiv percepe factori situaționali specifici, conform sensibilității sale idiosincratice, scotomizând sau minimalizând contextul, ansamblul;

- **inferența arbitrară**, care constă în elaborarea unei concluzii pe baza unor informații ori date inadecvate sau improprii; se poate considera că, spre deosebire de abstracția selectivă care ilustrează o "structurare negativă" a stimulilor, inferența arbitrară realizează o structurare negativă a răspunsurilor;

- **gândirea absolutistă, dihotomică, bipolară**, care exprimă totul conform unui

principiu absolutist, fără atenuare și lipsit de nuanțe intermediare: alb sau negru, totul sau nimic: "Dacă nu sunt în frunte, sunt un ratat" ("If I'm not the top, I'm a flop"); de asemenea, informațiile sunt clasate conform unei dihotomii taxinomice: bun/rău; acceptare/respingere; succes/eșec;

- **amplificarea eșecurilor și minimalizarea succeselor**, care constă în supra- sau subevaluarea semnificației unui eveniment particular, sau în tendința de a elabora judecăți extreme referitoare la o anumită situație;

- **supragenerализarea sau generalizarea cu dramatizare**, care constă în elaborarea unor concluzii pe baza unei experiențe insuficiente sau emiterea unor judecăți sau predicții "fondate pe un singur incident"; totodată, supragenerализarea exprimă o convingere globală, generală, bazată pe un eveniment particular;

- **personalizarea**, care constă în tendința autoatribuirii de semnificații unor evenimente sau situații care, de fapt, nu au o legătură cauzală, ci, eventual, contingentă cu persoana depresivă;

- **asumarea unei responsabilități excesive**, se exprimă prin tendința de a atribui anumite evenimente negative unor erori sau deficiențe personale, de cele mai multe ori imaginare; tot aici poate fi inclus și fenomenul "autoatribuirii" unor fapte sau evenimente negative, ceea ce are drept consecință imediată diminuarea stimei de sine, iar, în perspectivă, evoluția negativă a tulburării depresive;

- **evaluarea incorectă a unor situații**, constă în dezvoltarea de sentimente și stări de umilire și disperare, ca urmare a unor presupuse atitudini critice sau rejectante din partea celorlalți;

- **atitudinea disfuncțională**, care este ilustrată prin convingerea pacientului că valoarea sa ar depinde de opinia celorlalți despre el.

Considerăm că aceste disfuncții cognitive (în fond veritabili factori ai teoriei cognitive), cu toate că prezintă un grad înalt de plauzibilitate, nu se bazează pe studii care să le confere nota de validitate necesară unor elemente științific acreditate. Pe de altă parte, anumite aspecte cognitiviste par artificial implicate în patogenia tulburărilor depresive, constituind o expresie a "**revoluției cognitive**" la studiul psihopatologiei bolilor depresive.

4. Structura terapiei cognitive și procesul terapeutic

Principiul terapiei cognitive are în vedere evidențierea cogniților negative, a schemelor și a disfuncțiilor cognitive ale pacientului care încearcă să le înlăture sub îndrumarea terapeutului. În esență, terapia cognitivă vizează modificarea stilului particular de gândire al pacientului, pe care îl orientează asupra conștientizării caracterului distorsionat și eronat al convingerilor sale și în evaluarea lor realistă, prin confruntare cu realitatea.

Scopul terapiei cognitive constă, desigur, în înlăturarea tulburării depresive printr-un demers psihagogic prin care pacientul este ajutat în:

- identificarea și testarea ipotezelor eronate;
- identificarea și testarea cogniților negative;
- dezvoltarea și testarea unor scheme cognitive alternative mai flexibile și mai realiste;
- schimbarea modului disfuncțional de gândire, fapt susceptibil de a ameliora depresia.

4.1. Principalele tehnici ale terapiei cognitive.

Acestea au în vedere o suită de acte întreprinse de terapeut în colaborare cu pacientul, care se antrenează astfel în vederea schimbării modului disfuncțional al gândirii sale prin:

- **identificarea ipotezelor maladaptative**, acțiune prin care se evidențiază anumite pattern-uri ideative constante ce reprezintă reguli sau ipoteze generale, nonadaptative, care orientează viața pacientului;

- **analiza validității ipotezelor maladaptative**, constă în a-i cere pacientului să argumenteze și să apere acuratețea și veridicitatea ipotezei emise; terapeutul, care vrea să creeze o breșă în gândirea disfuncțională a pacientului, poate recurge la experiențe sau teste care vor confirma, dar mai ales vor infirma supozițiile eronate ale acestuia;

- **identificarea gândurilor automate**, respectiv a cogniților care apar intercalate între evenimentele externe și reacția emoțională a insului; este vorba de o "imagistică" sau de un dialog intern, care se derulează în legătură cu anumite evenimente sau activități;

- **testarea gândurilor automate**, respectiv verificarea validității acestor gânduri, constă în examinarea de către terapeut și pacient a gândurilor exagerate sau inadecvate pentru ca, în final, acestea să poată fi eliminate; elaborarea de către terapeut a unor explicații alternative constituie un procedeu suplimentar de a submina gândurile automate și distorsionate ale pacientului;

- **schimbarea atribuirii responsabilității** sau **reatribuirea blamului**, este impusă de tendința depresivilor de a atribui consecințele negative ale unor fapte, situații sau evenimente propriilor lor deficiențe; tocmai de aceea terapeutul ajută pacientul să realizeze un mod mai obiectiv de asumare a responsabilităților depresiogene prin utilizarea tehnicilor de reatribuire; astfel, i se cere pacientului să cuantifice procentajul de blam pe care ar trebui realmente să și-l atribuie, ajungând astfel la un procent inferior față de 100% pe care îl obținea înainte, pe baza gândirii sale dihotomice;

- **reducerea aprehensiunilor catastrofice**, este o tehnică prin care i se cere pacientului să facă predicții scrise asupra diferitelor situații și evenimente, ajungându-se astfel la un "dosar al datelor predictive pentru evenimente catastrofice"; se constată astfel în mod concret că, pe măsură ce predicțiile negative ale pacientului nu se confirmă, are loc o reducere a convingerilor acestuia asupra anticipărilor catastrofice;

- **decentrarea** are în vedere modificarea personalizării evenimentelor negative; în acest scop se acționează asupra convingerii pacientului (conform căreia el ar fi punctul

de convergență al situațiilor indezirabile), notându-se expectațiile sale de pe poziția altei persoane care "îi ia locul", recurgându-se astfel la jocul de rol;

- **distanțarea față de situațiile problematice** poate fi realizată prin autoînregistrare, fapt ce permite pacienților să adopte puncte de vedere mai obiective asupra propriilor procese de gândire;

- **căutarea de soluții alternative** îl ajută pe pacient să găsească explicații raționale în fața evenimentelor negative; totodată, pacientul este învățat să-și verifice concluziile înainte de a le accepta în mod automat ca univoc-indezirabile și să emită ipoteze diferite, care vor fi, mai puțin deprimante;

- **tehnicile de diversiune** sunt aplicate în perioade deosebit de dificile pentru pacient și includ implementarea contactelor sociale, activității fizice, culturale etc.;

- **învățarea de gradul doi (deutero learning)** sau **repetiția cognitivă** constă în exersarea capacității pacientului de a elabora răspunsuri raționale, adaptate, pentru diferite cogniții disfuncționale, susceptibile de a apare după încheierea procesului terapeutic;

- **instruirea încrederii în sine**, tehnică prin care pacienții sunt încurajați să devină mai încrezători în ei înșiși prin îndeplinirea zilnică a unor activități simple: ordonarea lucrurilor în cameră, cumpărături, prepararea mâncării etc.

Tehnicile terapiei cognitive evocă propria structură a acestei metode de psihoterapie, ale cărei caracteristici pot fi sintetizate astfel:

- orientarea asupra anumitor simptome specifice, identificabile clinic;
- axarea asupra falselor convingeri și erorilor cognitive;
- numărul limitat de ședințe (10-20), pacientul continuându-și singur activitatea terapeutică în vederea creșterii autonomiei sale;
- abordarea directivă a pacientului de către terapeut, care stabilește sarcini, face demonstrații, chestionează, clarifică, orientează; totodată, terapeutul își exercită rolul directiv acceptând paradigma pacientului față de care adoptă o atitudine comprehensibilă;
- orientarea instructivă a procesului terapeutic, prin care pacientul învață anumite tehnici și raționamente, le aplică în activitatea terapeutică, elaborează ipoteze alternative și cogniții mai realiste;
- caracaterul dinamic al stilului și orientării terapeutului în funcție de tabloul clinic și de starea pacientului.

În esență, terapia cognitivă se instituie ca o metodă psihoterapeutică activă și (cel puțin în prima parte a aplicării sale) directivă; ulterior, ea devine progresiv interactivă, trecând de la observarea comportamentului la analiza cogniților pentru a determina o modificare a falselor postulate care stau la baza schemelor de gândire eronate. Ea este o metodă de psihoterapie individuală, deși au fost elaborate și testate tehnici pentru terapia cognitivă de grup.

4.2. Modul de acțiune al terapiei cognitive.

În această privință există o divergență a ipotezelor cercetătorilor și clinicienilor.

Există totuși un consens asupra faptului că rezultatele terapiei cognitive nu sunt determinate de factori nespecifici legați de situația terapeutică și nici de expectațiile pozitive ale pacientului cu privire la aceste rezultate. Astfel, s-a evidențiat faptul că pacienții cărora li s-a creat un set negativ asupra rezultatelor terapiei cognitive au înregistrat totuși ameliorări prin această metodă.

Pe de altă parte, nu s-a precizat dacă terapia cognitivă acționează în mod direct asupra schemelor și distorsiunilor cognitive sau dacă reducerea acestor elemente cognitive ar fi consecința unor modificări mai profunde; dilema este cu atât mai legitimă cu cât, după cum constată **A. D. Simons** et al. (1984), medicamentele antidepresive modifică disfuncțiile cognitive în aceeași măsură ca și terapia cognitivă. Pe de altă parte s-a constatat că pacienții cu un înalt nivel de autocontrol răspund mai bine la terapia cognitivă, în timp ce pacienții cu posibilități reduse de autocontrol prezintă o mai bună responsivitate la medicația antidepresivă.

În ceea ce privește mecanismul de acțiune al terapiei cognitive, a mai fost o supoziție a psihologiei tradiționale, conform căreia judecățile afective ar constitui un stadiu primar (și rudimentar) al elaborărilor cognitive, ele aflându-se deci la un nivel precognitiv și precomportamental. Din această perspectivă, interacțiunea dintre procesele cognitive și cele afective ar constitui punctul de intervenție al terapiei cognitiv-comportamentale. În felul acesta, acțiunea terapeutică ar elibera afectele de sub dependența stimulilor afectiv-negativi "organizați în timpul învățării precoce" (**D. Greenberg, J. D. Safran**, 1984, p. 561). Pe baza acestei interacțiuni cognitivo-afective, în cursul terapiei accentul poate fi axat, în funcție de situație, asupra cogniților, asupra realității sau asupra dispoziției, ceea ce ar justifica denumirea recent propusă de **terapie cognitiv-comportamental-afectivă**.

Un punct de vedere mai limitat și mai slab acreditat apreciază cogniții depresivilor ca fiind mai realiste în comparație cu cele "exagerat de optimiste ale nondepresivilor, care sunt opuse hiperrealismului crud, dar real al pacienților" (**C. Layne**, 1983, p. 849).

4.3. Elemente terapeutice asociate și concurente ale terapiei cognitive.

În afara metodei terapeutice propriu-zise, a tehnicilor specifice (aplicate și susceptibile de a realiza rezultatele scontate), eficiența terapiei cognitive este influențată și de alți factori, paraterapeutici, printre care menționăm: calitățile terapeutului, tulburările de personalitate ale pacientului, personalitatea sa premorbidă și expectațiile pacientului asupra eficienței terapiei. Astfel:

- **calitățile terapeutului** sunt considerate ca având "o importanță fundamentală" pentru eficiența terapiei cognitive; astfel, terapeutul cognitivist trebuie:

- să înțeleagă experiența de viață a fiecărui pacient;
- să fie autentic și onest cu sine și cu pacientul;
- să posede disponibilități și atitudini empatice; în esență, terapeutul cognitivist

trebuie "să relaționeze abil cu pacientul individual, în lumea trăirilor lui, într-un mod autentic interactiv" (**R. M. A. Hirschfeld, M. T. Shea**, 1985, p. 818);

- **tulburările de personalitate ale pacientului**, influențează răspunsul la terapie; astfel, pacienții depresivi cu trăsături de personalitate paranoică sunt mai indicați pentru terapia cognitivă, în timp ce pacienții cu personalitate evitantă răspund mai bine la terapia comportamentală;

- **personalitatea premorbidă a pacientului**, ilustrată în special prin dependență ca și prin obsesionalitate, poate interfera negativ eficiența procesului terapeutic;

- **expectațiile pacientului asupra eficienței terapiei** îi influențează în mod concordant rezultatele; astfel, pacienții cu investiții pozitive față de eficiența terapiei cognitive obțin rezultate superioare față de aceia care au expectații pozitive față de psihofarmacoterapie.

4.4. Caracteristici didactice ale terapiei cognitive.

Asemenea unui proces didactic, terapia cognitivă prezintă un înalt grad de structurare, fiind bazată pe programe terapeutice cu aplicare strictă, logică, pe etape și ședințe delimitate ca durată. Totodată, metoda recurge la un vocabular care definește și descrie tulburarea depresivă, ca și mecanismele prin care se realizează schimbarea, în termenii teoriei cognitive. La rândul lor, programele terapeutice se instituie în mijloace de feedback și suport terapeutic, întrucât pacienții pot să vadă modificările din propriul comportament, acest fapt constituind o întărire pentru schimbările viitoare. Astfel, aspectele didactice ale terapiei includ explicarea de către terapeut a triadei cognitive, a schemelor și a disfuncțiilor cognitive. Totodată, împreună cu pacientul, terapeutul formulează noi ipoteze și soluții alternative, pe care le vor testa în timpul tratamentului. În același timp, prin diverse tehnici, terapeutul clarifică pacientului relațiile dintre: dispoziție și gândire, afect și cogniție, depresie și conduită. Aplicând aceste tehnici, conștientizând disfuncțiile cognitive, "reducerea simptomelor survine pe măsură ce pacientul învață să identifice, să evalueze și să modifice gândirea sa, moment cu moment" (**A. J. Rush**, 1983, p. 105).

În ansamblu, caracterul didactic al terapiei cognitive poate fi constatat atât din modul de aplicare al acesteia, cât și din explicarea logică, discursivă a tuturor aspectelor procesului terapeutic, spre deosebire de alte metode psihoterapeutice, în special psihanalitice, care sunt închise, ermetice, nonnegociabile și în fond dogmatice.

Vocabularul asupra termenilor utilizați, programul general al terapiei și al ședințelor, precum și învățarea diferitelor tehnici în vederea aplicării independente conturează caracterul didactic al terapiei cognitive.

4.5. Combinarea terapiei cognitive cu medicamentele antidepresive.

Numeroase date genetice, biochimice și clinice, acumulate mai ales în ultimul deceniu, tind să acrediteze ideea că depresiile alcătuiesc un grup relativ heterogen de

afecțiuni, cu etiologie, patogenie, manifestări clinice și responsivități terapeutice diferite. Din acestă perspectivă sunt exprimate opinii conform cărora:

- anumite depresii, denumite în mod tradițional "exogene", prezintă o responsivitate mai bună la psihoterapie, în timp ce

- alte depresii, denumite în mod tradițional "endogene", răspund mai bine la farmacoterapie.

De asemenea, există tendința acreditării faptului că:

- substanțele antidepresive acționează în mod predominant asupra manifestărilor somatice din depresii, iar

- psihoterapia influențează pozitiv disfuncțiile cognitive și interpersonale.

În pofida acestor tendințe de polarizare și având în vedere rezultatele terapeutice, mai mulți clinicieni (**G. L. Klerman** și **G. Schachter**, 1982; **P. M. Lewinsohn** și **H. M. Hoberman**, 1982; **A. S. Bellack** et al. 1983; **J. D. Teasdale** et al., 1984 ș.a.) recurg la o atitudine pragmatică, ilustrată prin asocierea celor două abordări terapeutice, aceasta fiind susținută de rezultatele superioare față de aplicarea singulară a psihoterapiei sau a chimioterapiei.

Alteori, abordarea terapeutică este gradată, inițial fiind bazată pe chimioterapie și ulterior pe psihoterapie, instituindu-se la început o formă suportivă, apoi comportamentală și numai după aceea terapia cognitivă.

5. Indicațiile și contraindicațiile terapiei cognitive

Destinată pacienților depresivi și structurată asupra psihopatologiei acestora, terapia cognitivă tinde a depăși actualmente aria de suferință afectivă.. Totuși, indicațiile validate ale terapiei cognitive au în vedere spectrul depresiilor nonbipolare moderate sau ușoare, tulburările afective majore și tulburările distimice.

Totodată, terapia cognitivă poate fi aplicată pacienților nonresponsivi la substanțele antidepresive sau celor care prezintă afecțiuni somatice cronice care nu pot beneficia de antidepresive. În ultimii ani s-a constatat că acest mod cognitivist de abordare poate fi "aplicat pacienților cu tendințe la cronicizare" (**J. D. Teasdale**, 1985, p. 157).

Recent, unele studii au raportat aplicații ale terapiei cognitive la "tulburări anxioase, fobii, obsesii, anorexie mentală și bulimie" (**G. D. Pinard**, 1988, p. 1170), dar rezultatele lor nu au fost încă validate.

Contraindicațiile terapiei cognitive au în vedere anumite manifestări clinice, pe de o parte, și entități nosografice, pe de altă parte. Astfel, pacienții depresivi cu ideație suicidară, cu halucinații sau cu idei delirante nu pot beneficia de terapia cognitivă. De asemenea, pacienții cu depresie psihotică, cu depresie melancolică, precum și cei cu boală schizo-afectivă nu au obținut rezultate satisfăcătoare prin terapia cognitivă.

6. Eficiența terapiei cognitive; rezultate comparative ale principalelor abordări terapeutice

Terapia cognitivă beneficiază, în pofida scurtei istorii, de numeroase studii care au încercat să-i evalueze eficacitatea. Totuși, cele mai multe dintre acestea nu corespund criteriilor validității științifice, în sensul că nu folosesc loturi martor adecvat apariate și nu beneficiază de o evaluare standardizată a condițiilor de aplicare a terapiei. Astfel, constatările evaluative se referă la perioade relativ reduse, de câteva săptămâni sau luni, și vizează în primul rând comparația cu terapia comportamentală, cu triciclice, cu grupuri placebo sau cu grupuri de control. Într-o astfel de analiză comparativă, față de grupurile care au primit terapie comportamentală sau antidepresivă, cele care au fost supuse terapiei cognitive au obținut "o mai mare ameliorare, mai multe cazuri de remisiune marcată sau completă și mai puține drop-out-uri" (**J. C. Coyne, I. H. Gottlib**, 1983, p. 472).

O amplă trecere în revistă realizată de **J. Rush** și **D. Giles** (1982), asupra unui număr de 20 studii, consacrate eficacității terapiei cognitive, a evidențiat faptul că în 17 dintre ele s-au obținut rezultate superioare altor metode de psihoterapie, ca și terapiei psihofarmacologice. Astfel, terapia cognitivă s-a dovedit superioară psihoterapiei psihanalitice (**C. R. Shipley** și **A. F. Fazio**, 1973), terapiei comportamentale (**B. F. Shaw**, 1977), terapiei cu imipramină (**J. Rush** et al. 1977) și egală față de grupul care a asociat terapia cognitivă cu amitriptilină.

De asemenea, pe patru grupuri terapeutice (care au primit terapie cognitivă singură, nortriptilină singură, terapie cognitivă și nortriptilină, terapie cognitivă și placebo timp de trei luni), **G. Murphy** et al. (1984) nu constată diferențe în ameliorare.

Sub aspectul rezultatelor imediate, terapia cognitivă a determinat o ameliorare semnificativă "după numai 2-3 ședințe de tratament" (**H. G. Zapotoczky**, 1986, p. 145), relevându-se astfel un procent de aproximativ 50% din pacienți care prezintă o "responsivitate rapidă" față de ceilalți, care au o "responsivitate lentă".

Rezultatele "la distanță" ale abordării cognitive au fost evidențiate prin urmărirea a patru grupuri de pacienți tratați cu: a) terapie cognitivă singură, b) imipramină și psihoterapie suportivă; c) imipramină și terapie cognitivă și d) imipramină singură. După trei luni, rezultatele din cele patru grupuri terapeutice aveau o valoare egală, dar la nouă luni de la inițierea tratamentului, în grupurile de pacienți care nu au beneficiat de terapie cognitivă s-a înregistrat un număr semnificativ mai mare de recidive.

În ansamblu s-a apreciat că "terapia cognitivă este eficientă în reducerea simptomelor depresive" (**A. T. Beck**, 1985, p. 1437), subliniindu-se totodată că "aceasta este una din intervențiile psihoterapeutice cele mai promițătoare din câte există pentru depresii" (**Ibidem**).

Unele studii, ca și observații clinice curente, au evidențiat **acțiunea profilactică** a terapiei cognitive. Astfel, într-o cercetare "directă", axată asupra profilaxiei, **M. E. Thase** et al. (1984), au subliniat "rolul indiscutabil al acestei abordări în întărirea și dezvoltarea

abilităților sociale" la toate categoriile de pacienți depresivi, inclusiv la cei cu depresie majoră.

În concluzie, menționăm strânsa corelație dintre teoria cognitivă (tot mai intens invocată în psihologie) și terapia cognitivă care a devenit rapid larg aplicată în psihiatrie. Dacă însă pentru patogenia depresiei teoria cognitivă are o valoare euristică, în plan aplicativ terapia cognitivă prezintă o reală valoare clinică. Înalt elaborată, bine structurată și plauzibil argumentată, terapia cognitivă se instituie nu numai ca o alternativă, ci și ca o metodă terapeutică de referință pentru majoritatea tulburărilor din aria depresivă.

Bibliografie

Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Int. Univ. Press, New York, 1976.

Beck, A. T. et al., *Cognitive therapy of depression*, Guildford Press, New York, 1979.

Beck, A. T., *Cognitive Therapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1432-1438.

Bellack, A. S., Hersen, M., Himmelhoch, H. M., *A comparison of social skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression*, în: "Behav. Res. Ther.", 1983, 21, p. 101-107.

Cottraux, J., Collet, L., *Les therapies cognitives de la dépression: perspectives actuelles*, în: "Developpments actuals des psychothérapies. Confrontations Psychiatriques"., 1986, 26, p. 113-130.

Coyne, J. C., Gotlib, I. H., *The role of cognition in depression;* în: "Psychol. Bull.", 1983, 94, 3, p. 472-505.

Greenberg, D., Safran, J. D., *Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change*, în: "Cognitive therapy and research", 1984, 8, 6, p. 559-578.

Guidano, F. V., Liotti, G., *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, The Guilford Press, New York, 1983.

Hirschfeld, R. M. A., Shea Tracie, M., *Affective Disorders: Psychosocial Treatment*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV, (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, eds), Williams Wilkins, Baltimore, 1985, p. 811-821.

Hollon, S. D., Kriss, M. R., *Cognitive factors in clinical research and practice*, în: "Clinical psychology review", 1984, 4, p. 35-76.

Klerman, G. L., Schachter, G., *Drugs and psychotherapy*, în: Handbook of Affective Disorders (E. S. Paikel, ed.), The Guilford Press, New York, 1982.

Layne, C., *Painful truths about depressives cognitions*, în: "Journ. of Clinical Psychology", 1983, 39, 6, p. 848-853.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., *Behavior and cognitive approaches*, în: "Handbook of Affective Disorders" (E. S. Paykel, ed.), The Guilford Press, New York, 1982.

Meichenbaum, D., *Stress Inoculation Training*, Pergamon Press, New York, 1985.

Murphy, G. et al., *Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression*, în: "Arch. Gen. Psychiat.", 1984, 41, p. 33-48.

Pinard, G. D., *Thérapies Cognitives*, în: Psychiatrie Clinique: approche bio-psicho-sociale (Red. P. Lalonde, F. Grunberg et al.), Gaëtan Morin, Montreal, 1988, p. 1156-1171.

Rush, A. J., *Cognitive Therapy of Depression; Rationale, Techniques and Efficacy*, în "Psychiatric Clinics of North America", 1983, 6, 1, p. 105-127.

Rush, A. J., Giles, D., *Cognitive therapy: theory and research*, în: Short-term psychotherapies for depression (A. J. Rush, ed.), Guilford Press, New York, 1982, p. 143-181.

Rush, A. J. et al., *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients*, în: "Cognitive therapy and research", 1977, 1, 1, p. 17-37.

Shaw, B. F., *Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression*, în: "J. Consult. Clin. Psychol.", 1977, 45, p. 543-551.

Shaw, B. F., Dobson, K. S., *Cognitive assessment of depression*, în: Cognitive assessment (T. Merluzzi, C. R. Glass, M. Genest, eds.), Guilford Press, New York, 1981.

Shipley, C. R., Fazio, A. F., *A pilot study of a treatment for psychological depression*, în: "Journ. Abnorm. Psychol.", 1973, 82, p. 372-376.

Teasdale, J. D., *Psychological Treatments for Depression: How do they work ?*, în: "Behav. Res. Ther.", 1985, 23, p. 157-165.
Teasdale, J. D. et al., *Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder in Primary Care*, în: "Brit. J. Psychiat.", 1984, 144, p. 400-406.

Capitolul XI

PSIHOTERAPIA ÎN GRUP

Psihoterapia în grup își află sorgintea sanogenetică în satisfacerea nevoii de afiliere și apartenență, întruchipând valori socioumane profunde și definitorii, care îl însoțesc pe ins în întreaga existență.

Având analogii în antichitatea greacă, recunoscându-i-se valoarea terapeutică încă din Evul Mediu, psihoterapia în grup a fost aplicată în mod deliberat și organizat din primele decenii ale secolului nostru, fiind astăzi într-un proces de largă aplicare ce tinde spre generalizare. Aflându-și sorgintea în diferite domenii sociale, psihoterapia în grup cunoaște actualmente o solidă fundamentare datorită dezvoltării științelor socio-umane în special a sociologiei, psihopedagogiei și psihologiei sociale.

Preluată din domeniul medicinei interne, psihoterapia în grup și-a ilustrat eficacitatea mai ales în tratamentul tulburărilor mintale, unde a fost considerată ca "a treia revoluție în psihiatrie, după înlăturarea lanțurilor bolnavilor psihici de către **Ph. Pinel** și descoperirea inconștientului de către **S. Freud**" (**A. Stein**, 1961, p. 161). Psihoterapia în grup a putut cunoaște o astfel de dezvoltare întrucât este metoda care oferă un cadru social de interrelaționare și de directă comunicare. În plus, psihoterapia în grup satisface nevoia de afiliere și apartenență, întruchipând valori socio-umane profunde și definitorii, care-l însoțesc pe ins în întreaga existență.

1. Operaționalitatea definițiilor și aria sinonimiilor psihoterapiilor în grup

În linii de maximă generalitate, psihoterapiile în grup sunt considerate ca "mijloace importante de a provoca schimbarea în comportament și modificarea atitudinilor" (**H. J. Walton**, 1983, p. 652). Dacă în această definiție se acordă importanță scopului psihoterapiei, în alte definiții accentul este pus asupra mijloacelor. Astfel, psihoterapia în grup este considerată ca "o metodă de tratament în care pacienții pot realiza ameliorarea simptomelor și rezolvarea problemelor intrapsihice și interpersonale ca rezultat al interacțiunii lor cu alți bolnavi și cel puțin cu un terapeut instruit profesional într-un cadru de grup" (**N. Kanas, D. Farrell**, 1984, p. 556). În același sens, psihoterapia în grup este definită ca "o formă de tratament, în care persoane cu tulburări emoționale sunt plasate într-un grup, îndrumat de un terapeut instruit, în scopul de a se ajuta una pe

alta, în vederea schimbării personalității" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1405). Totodată, așa cum am avut ocazia să subliniem și cu alt prilej, "prin psihoterapii în grup înțelegem realizarea unor acțiuni psihologice care se desfășoară în grupe organizate, având ca scop ajutorul reciproc al membrilor, în vederea depășirii unor boli sau tulburări psihice de origine psihogenă sau somatogenă" (1973, p. 179).

Din **perspectiva accepțiunii noțiunilor** utilizate în denumirea metodelor, facem distincție între:

- **psihoterapia de grup**, care constă într-un ansamblu de tehnici și metode (psihologice și psihagogice) ce vizează obiective terapeutice variate, și

- **psihoterapia în grup**, în cadrul căreia activitatea terapeutului va fi astfel desfășurată, încât va realiza un înalt potențial terapeutic, conferind totodată grupului o reală valoare sanogenetică.

De asemenea, se mai poate face distincție între:

- **terapia de grup**, în care tratamentul se realizează implicit, fără consimțământul deliberat al pacientului (în cadrul "activităților de grup") și psihoterapia în grup, care se desfășoară pe baza acțiunii dorite, concret exprimate, în vederea ameliorării sănătății grupului în ansamblu și a membrilor individuali.

La rândul ei, noțiunea de "terapie de grup" (utilizată de **J. L. Moreno**, 1965, p. 127) are un conținut asemănător cu aceea de

- **grup de activitate** (**S. R. Slavson**, 1961), în care, fără a se minimaliza rolul de instrument diagnostic și terapeutic al grupului, se pune accent pe aspectul ocupațional.

Pentru a sublinia orientarea și specificitatea grupului, psihanaliza a operat de asemenea anumite distincții, printre care menționăm:

- **analiza de grup**, în care accentul revine fenomenelor transferențiale, în contrast cu grupările bazate pe tehnici suportive, și

- **psihanaliza de grup**, care constă în aplicarea principiilor psihanalitice la psihoterapia de grup.

Din perspectiva psiho-pedagogiei se distinge de asemenea **grupul T. (training group)**, care este un grup de antrenament al cărui scop nu este psihoterapia, ci educația. Depășind ariile psihiatriei, acest grup este întâlnit în domeniul psihologiei sociale și al pedagogiei, având ca scop analiza și dezvoltarea proceselor educaționale. Cu toate că este considerat "**grup de terapie pentru normali**", multe persoane cu tulburări emoționale sunt atrase de această formă de terapie în speranța depășirii stării de izolare și a dificultăților de relaționare. Abordarea pragmatică a problemelor umane oferă membrilor promisiunea dezvoltării emoționale, ca și posibilitatea de a adăuga "noi sensuri" vieții lor. Aceste grupuri au fost însă criticate datorită slabei pregătiri a liderilor asupra "proceselor psihologice de bază", lipsei de selecție și abordării simpliste a comportamentului membrilor.

În mod frecvent constatăm confuzia care se face între "**grupul T**" și "**grupul Balint**", care, dintr-o anumită perspectivă, este tot un grup de antrenament. Inițiate în 1950 la Tavistock Clinic din Londra de către **M. Balint**, medic internist cu pregătire

psihanalitică, aceste grupuri denumite și **"seminarii de cercetare"** reunesc medici interesați în problemele psihologice ale practicii lor sau care doresc o perfecționare în domeniul psihoterapiei. În acest cadru, fiecare participant oferă analizei grupului problematica unui pacient pe care îl are în tratament. La rândul său, grupul urmărește **"ofertele pacientului"** (aduse prin simptomele sale), ca și maniera de răspuns a medicului, respectiv modul în care el trebuie să se "autoadministreze", ca, **"medic-remediu"**. În astfel de grupuri este vorba de o perfecționare a modului de relaționare, ca și de "diagnosticarea" tipului de relație medic-pacient.

Aceste grupuri de cercetare (în domeniul relației medic-bolnav) sunt distincte de așa-numitele **"grupuri de formare"**, inițiate tot de **M. Balint** în vederea învățării psihoterapiei și a psihologiei medicale.

2. Istoria și evoluția psihoterapiei în grup

Izvoare ale tratamentului psihologic în grup pot fi regăsite în antichitate sub forma "somnului colectiv din templul lui **Esculap** de la **Epidaur**". De asemenea, efectul terapeutic al confesiunii a fost recunoscut și folosit de multă vreme de către religie, care a făcut veritabile experiențe cu metode de grup. Astfel, urmând acest procedeu, în jurul anului 1000, călugării benedictini se adunau săptămânal într-un grup "sub conducerea unui superior" și erau invitați să-și remarce reciproc abaterile de la conduita expectată, în vederea realizării unui "spirit de perfecționare". Conducătorul grupului asculta, supraveghea, comenta abaterea prezentată, sfătuia, admonesta sau încuraja, în funcție de situație.

Odată cu trecerea sarcinilor terapeutice din domeniul religios în cel medical, utilizarea forțelor sanogenetice ale grupului a fost neglijată, fiind totodată "sanctificată" relația medic-pacient. Mai mult, "până la începutul secolului nostru, în cultura occidentală s-a conturat expectația ca ajutorul medical să fie oferit de către o singură persoană, în context privat, intim și exclusiv" (**M. A. Lieberman**, 1975, p. 348). Această concepție a determinat întârzierea dezvoltării terapiilor în grup, cu toate că "încă de la începuturile istoriei scrise forțele grupului au fost folosite pentru a inspira speranță, a crește moralul, a oferi suport emoțional, a induce un sentiment de serenitate și încredere" (**Ibidem**), ameliorând astfel suferința psihică.

Spre deosebire de analogiile psihoterapiei de grup ce pot fi regăsite pe o arie vastă a culturii, izvoarele științifice ale metodei provin din medicina internă și, în mod concret din domeniul ftiziologiei. Astfel, primul grup de psihoterapie a fost descris la Boston, unde **J. H. Pratt** (1907), medic internist, a organizat un grup pentru educarea și ameliorarea moralului bolnavilor de tuberculoză.

Membrii grupului se reuneau o dată sau de două ori pe săptămână, își expuneau temerile și interogațiile primind din partea medicului răspunsuri completate cu lecturi din lucrările despre boală. De asemenea, pacienții ameliorați sau vindecați relatau grupului

aspecte ale situației lor.

Analizat retrospectiv, acest prim grup de psihoterapie poate fi considerat azi ca omogen și suportiv, în care procesul de identificare exercita principala influență terapeutică. **J. H. Pratt** a insistat asupra importanței susținerii emoționale a pacientului și a publicat numeroase studii asupra acestui tratament psihologic, pe care l-a denumit **"psihoterapie de grup"**. El a subliniat faptul că "întâlnirile în grup reprezintă o situație socială plăcută, de apartenență a unor indivizi legați prin trăsătura comună a bolii și prin dezvoltarea unui spirit de camaraderie"

Tot în primul deceniu al secolului nostru, **J. L. Moreno** (1908) utilizează la Viena un nou mijloc terapeutic prin care pacienții "interpretează" situații-problemă într-un cadru de grup numit **psihodramă**. Aici, se încurajează exteriorizarea situațiilor problematice, pentru a se realiza o conștientizare mai înaltă a **"conflictului actual"** într-o încercare de a-i găsi posibila rezolvare. Autorul, considerat ca pionier european al psihoterapiei de grup, caută să acrediteze ideea că astfel de acțiuni psihodramatice sunt mult mai benefice și potențial terapeutice comparativ cu relațiile diadice din cadrul psihanalizei clasice. Opunându-se principial psihanalizei (aflată în plin avânt în perioada respectivă la Viena), **J. L. Moreno** argumentează că relațiile interpersonale create în grup au o valoare terapeutică mai mare decât prezumtivele relații transferențiale.

Prima aplicare de amploare a psihoterapiei de grup a avut loc în timpul primului război mondial, când **E. Simmel** trata în acest cadru tulburările psihice întâlnite în rândul militarilor armatei germane (cf. **A. J. Enelow** și **M. Wexler**, 1966).

După război, psihoterapia de grup își extinde aria aplicării de la pacienții nevrotici și comportamentali la cei psihotici, îmbogățindu-și totodată conținutul prin introducerea unor mijloace psihagogice. Astfel, în perioada 1919-1921, la Washington, **E. W. Lazell** introduce în dezbaterea grupurilor terapeutice așa-numitele "lecturi didactice", prezentând pacienților prelegeri cu teme psihoterapeutice. Autorul subliniază totodată potențialul terapeutic al grupului, pe care-l consideră "factor de tratament" util mai ales în ameliorarea pacienților schizofrenici, a căror anxietate era susceptibilă de remisiune în urma acțiunilor "educaționale" din grup.

2.1. Principiile didactice în psihoterapia în grup.

Aceste principii au fost promovate de **L. C. Marsh** (1919), care a folosit metoda cunoscută sub denumirea de "inspirațională", ce reprezenta în germene "terapia de mediu" cunoscută și aplicată astăzi în întreaga lume.

În mod concret, activitatea psihoterapeutică de grup desfășurată de **L. C. Marsh** urmează o **direcție educațional-comportamentistă** ilustrată prin prelegeri la care pacienții iau note, sunt interogați și recompensați în funcție de punctualitatea, cooperarea și conduita lor generală. Autorul se raportează la grup ca la o clasă în fața căreia ține conferințe "despre originiile și manifestările bolilor psihice", preconizând ca pacienții " să fie considerați mai degrabă studenți decât bolnavi", încercând o reorientare a procesului

terapeutic de la actul medical spre cel educațional.

Orientarea didactică a psihoterapiei de grup a continuat în anii '30, prin **L. Wender** (1930); el începe fiecare ședință cu câte o conferință în care sunt abordate probleme de psihopatologie și de psihologie. Elementul nou constă în faptul că autorul consideră grupul ca un pattern familial, ca o re-creație a familiei, în timp ce terapeutul este văzut ca o figură parentală simbolică. Tot **L. Wender** este promotorul combinării psihoterapiei de grup cu psihoterapia individuală.

Deplasarea activității terapeutice de la metodele didactice la cele psihanalitice este realizată de **T. Burrow** (1927), care vede în grup un cadru favorabil de elaborare a asociațiilor libere. Psihiatru de prestigiu, elev al lui **Adolf Meyer**, fondatorul psihobiologismului și părinte al psihologiei americane, **T. Burrow** lucrează și la Viena, unde urmează o psihanaliză didactică la **C. G. Jung**. Cunoscut ca un promotor al psihanalizei, **T. Burrow** organizează primele grupe de psihoterapie cu pacienți nevrotici în afara spitalului de psihiatrie. Întrucât grupurile sale se disting de alte grupuri psihoterapeutice prin aplicarea metodelor psihanalitice, el creează termenul de "analiză de grup", pacienții fiind încurajați să-și exprime deschis gândurile și sentimentele lor.

Cel care a aplicat principiile psihanalitice la psihoterapia de grup publicând primul studiu de referință asupra acestui domeniu ("**Psihanaliza în grup**", 1949) a fost **A. Wolf**. Exponent al unei experiențe clinice remarcabile, el recurge la asociația liberă, analiza viselor, elucidarea transferului, ca și la investigarea atentă a istoriei insului, elemente pe care le consideră ca principalele unelte în desfășurarea ședințelor de psihanaliză în grup. Totodată, **A. Wolf** este inițiatorul "**ședințelor alternate**" desfășurate fără prezența psihoterapeutului, fapt ce facilitează reacțiile membrilor și activitatea lor în grup.

2.2. Contribuția psihanalizei la psihoterapia în grup.

Această contribuție este preponderent teoretică, deși opiniile și ideile lui **Freud** și **Adler** au influențat în mod semnificativ activitatea terapeutică. Astfel, **S. Freud** consideră că psihologia grupului este de fapt psihologia insului ca membru al grupului. În lucrarea "**Psihologia grupului și analiza Eului**" (1921) **S. Freud** diferențiază "grupul fără lider" și "grupul cu lider" care este susceptibil de reducere a anxietății ce poate apare din motive diverse. Totodată, **S. Freud** consideră că membrii grupului pot fi comparați cu membrii unei familii unde reacțiile sunt determinate de virtualitatea afectivă a dragostei și urii. **S. Freud** nu a practicat psihoterapia de grup, dar a condus un grup de studiu (pe care-l considera veritabil "**grup T**"), săptămânal, cu colaboratorii, în care se prezenta o problemă de psihanaliză ce era analizată. În aceste ședințe se sublinia că grupul are o tendință naturală de a ataca și distruge pe cel mai puternic membru al său, istoria vieții și doctrinei lui **S. Freud** constituind un exemplu edificator al acestei teorii.

A. Adler, în analiza adaptării socio-culturale a omului a fost preocupat mai ales de relațiile dintre grup și ins, ca și dintre ins și grup. Cel puțin în privința opiniilor asupra grupului și a relațiilor sale cu liderul, **A. Adler**, "a fost influențat de concepții marxiste

și în special de teoria luptei de clasă" (**B. J. Sadock**, 1976, p. 1855). Analizând liderul din perspectiva grupului, **A. Adler** a postulat că "acesta este văzut ca un substituit al forțelor opresive care au acționat împotriva proletariatului" (**Ibidem**). Într-adevăr, referindu-se la psihoterapia de grup, **A. Adler** pune accent pe atmosfera socială de egalitate care se dezvoltă, ca și pe suportul afectiv pe care membrii grupului și-l oferă reciproc.

După cel de-al doilea război mondial, odată cu dezvoltarea sociologiei și psihologiei sociale, ca și sub influența studiilor lui **K. Lewin**, se subliniază importanța interacțiunii membrilor grupului. Depășindu-se imaginea "**dinamicii individuale**", se consideră că actele insului nu pot fi analizate și corect interpretate decât pe baza "naturii forțelor sociale" și a "**câmpului social**" care acționează asupra sa. Din această perspectivă, **K. Lewin**, (1936) creează noțiunile de "**presiune a grupului**" (ce acționează asupra insului modificându-i comportamentul) și de "**dinamică de grup**", prin care acțiunile membrilor grupului, cu o valoare superioară sumei interacțiunilor individuale, influențează grupul, care, deși compus din elemente heterogene, formează un întreg și funcționează ca o unitate. În felul acesta, deși fiecare membru dezvoltă anumite expectații față de ceilalți, ei depind unii de alții, astfel încât modelele, morala și scopurile grupului se dezvoltă ca unice și caracteristice pentru grup.

Fără îndoială că în aceste idei își află sorgintea **orientarea nomotetică** din psihopatologia clinică, prin care boala psihică este privită în funcție de interacțiunea insului cu ceilalți, grupul constituind cadrul natural în care trebuie studiate procesele psihopatologice.

Ordonarea cronologică a acestor date sumare asupra începuturilor și evoluției psihoterapiei de grup a avut scopul de a ilustra:

- influențele și orientările metodei survenite în decursul istoriei sale;
- infirmarea punctului de vedere, nejustificat acreditat de numeroși clinicieni, conform căruia psihoterapia de grup are o origine și o bază freudiană.

Este adevărat că, atât în domeniul abordărilor individuale cât și al celor de grup, psihoterapeuții psihanaliști, ignorând terapiile somatice (care în prima jumătate a secolului nostru erau dealtfel foarte reduse), au abordat fără rezerve psihoterapia, au modelat-o conform teoriei lui **Freud** și au încărcat-o cu concepte freudiene, edificând astfel psihanaliza. După cum am mai subliniat însă, "numai o insuficientă informare teoretică poate identifica această metodă psihoterapeutică, una între altele, cu psihoterapia în general" (1973, p. 181).

Dacă încercările mai sus citate (ca și studiile care le-au fost consacrate) pot fi considerate ca având un caracter cvasi-experimental, psihoterapia de grup ca o metodă curentă de tratament, așa cum o concepem astăzi, începe să se afirme din anul 1934, fiind aplicată la New York într-un serviciu social, în grupuri de câte 8 bolnavi, ale căror "interrelații" erau acreditate cu obținerea unor succese terapeutice.

Indiferent de modul particular de abordare, menționăm faptul că întemeietorii psihoterapiei de grup au fost animați de convingerea că expunerea de către pacient a

ideilor, temerilor și trăirilor, ca și analiza și conceptualizarea acestor fenomene de către grup, constituie esența procesului terapeutic, mai eficace sub aspect sanogenetic decât modul de abordare diadic.

2.3. Psihoterapia în grup astăzi.

Spre deosebire de diferitele metode de psihoterapia individuală care au cunoscut perioade de avânt și afirmare pentru a intra relativ repede în uitare, psihoterapia de grup s-a dezvoltat în mod constant, fiind considerată actualmente "ca o metodă standard de tratament în serviciile de psihiatrie" (**H. J. Walton**, 1983, p. 652).

Deși unanim apreciată, psihoterapia de grup este în mod diferit aplicată de la o țară la alta, datele asupra utilizării și eficacității sale nefiind încă finalizate din motive variate, din care se desprind mai ales cele de ordin metodologic.

Considerăm însă că modelarea și adecvarea metodologică, ca și aprecierea oportunității aplicării psihoterapiei de grup, se impun întrucât eficiența ei (unanim recunoscută ca incontestabilă) este în funcție de modul în care este abordată, de specificul psihologic al populației, de nivelul socio-cultural al acesteia etc. Astfel, în Statele Unite ale Americii psihoterapia de grup este mai ușor de aplicat întrucât psihologia omului american (în mai mare măsură decât a celui european) corespunde dictonului "**to be a good mixer**", respectiv acelei adaptări și integrări cât mai adecvate a insului în mediul său social.

Dincolo de aceste nuanțe de psihologie socială însă, boala mintală creează pretutindeni o alienare și o tulburare de integrare, o marginalizare până la dezinserarea bolnavului din grupul său social și chiar din comunitate. Analizat și apreciat din această perspectivă, grupul psihoterapeutic, indiferent de fundalul său teoretic, realizează o societate miniaturală și o instanță frecvent necesară către societatea reală.

Indiferent de orientarea filosofică sau psihologică, precum și de modul concret de abordare (psihanalitică, interacțională, tranzacțională, gestaltistă, existențială sau comportamentală), psihoterapia în grup caută adaptări cât mai oportune situațiilor specifice ale pacienților cu tulburări psihice. Totodată, psihoterapia în grup constituie o formă de tratament psihologic ce are ca obiectiv să vindece grupul, considerat ca un tot, cât și pe membrii (individuali) ai acestuia prin intermediul grupului.

3. Organizarea grupului terapeutic

Este neîndoielnic faptul că de organizarea psihoterapiei în grup va depinde succesul acesteia. Tocmai de aceea terapeutul trebuie să acorde importanță atât organizării grupului, cât și procesului terapeutic ce se desfășoară în grup.

În organizarea grupului terapeutul va lua în considerare nu numai cadrul și scopul psihoterapiei, ci și categoriile de pacienți care vor fi incluși în grup, cu caracteristicile

lor psihopatologice dar și personologice. Dimpotrivă, organizarea grupului numai pe baza dorinței de participare a membrilor sau a simplei trimiteri la psihoterapie (recomandare), fără o prealabilă examinare de către terapeutul de grup, este susceptibilă să aducă prejudicii atât pacientului respectiv, cât și procesului terapeutic din grup.

3.1. Selecția pacienților pentru psihoterapia în grup.

Importanța selecției a crescut pe măsura experienței acumulate, întrucât s-a constatat că pacienți care în grup au înregistrat rezultate slabe s-au ameliorat prin psihoterapie individuală; dimpotrivă, există numeroase cazuri în care prin psihoterapie individuală nu se constată nici o ameliorare, în timp ce prin psihoterapia în grup evoluția favorabilă a pacienților este evidentă. Tocmai de aceea, deși psihoterapia de grup a fost aplicată la o mare varietate de bolnavi, experiența arată că ea nu este indicată pentru toate categoriile cu tulburări psihopatologice. Mai mult, când prin psihoterapia de grup se scontează obținerea unor modificări în funcționarea personalității, selecția pacienților are o importanță esențială.Ea poate constitui cheia psihoterapiei în grup, după cum, dimpotrivă, poate fi un factor ce prejudiciază acest succes.

O bună selecție va porni de la premisa conform căreia nici un pacient nu poate fi respins de la psihoterapia în grup decât după o examinare și apreciere amănunțită și competentă. Acest lucru se impune cu atât mai mult cu cât comportarea bolnavului în grup sau reacția grupului față de el, nu este întotdeauna predictibilă. Astfel, există pacienți profund introvertiți sau depresivi care în grup se deschid și comunică în mod surprinzător, spre deosebire de conduita lor anterioară. Pe de altă parte, într-un grup nu trebuie incluși mai mulți pacienți depresivi întrucât aceștia, în general, tolerează greu situația de grup, prezintă o slabă participare la discuții sau intervin numai atunci când se discută o temă asemănătoare cu aceea care face obiectul preocupărilor proprii.

Evitarea situației singular-minoritare din grup constituie un alt criteriu de selecționare. Astfel, se recomandă ca nici un pacient selecționat să nu fie un virtual membru izolat, ca, de exemplu, singura femeie într-un grup de bărbați, singurul vârstnic într-un grup de tineri sau singurul muncitor într-un grup de intelectuali. Este dezirabil ca din orice mediu să includem mai mult de un membru, întrucât doi membri cu statut similar se sprijină și se identifică reciproc, tolerându-și mai ușor poziția minoritară. În acest sens selecția va ține seama de posibile conduite de snobism ale unor pacienți care nu acceptă comunicarea sau ajutorul altora, precum și de anxietățile mascate care în situația de grup ar putea fi relevate, perturbând astfel procesul terapeutic.

Pacientul recomandat pentru psihoterapie în grup, trebuie să impună precauțiile mai sus menționate, care vor fi respectate mai ales când recomandarea a fost făcută de către un medic omnipractician sau somatician. În această situație, pacientul va prezenta aprecierile scrise asupra stării sale psihofizice din partea medicului curant, ceea ce nu va exclude însă consultația psihoterapeutului, care va fi axată asupra depistării:

- unei boli somatice de natură să afecteze prognoza,

- ideației sau pulsiunilor suicidare,
- dependenței de alcool sau droguri.

Examenul psihic din cadrul selecției trebuie să cuprindă:

- un interviu privind istoria atitudinilor pacientului față de părinți, profesori sau față de alte persoane apropiate;
- informații asupra comportamentului pacientului în cadrul eventualei psihoterapii individuale;
- un istoric psihiatric atent și examenul stării mintale actuale în vederea obținerii unor factori dinamici, comportamentali și diagnostici.

Această examinare este necesară nu numai pentru pacienții care se prezintă singuri spre a fi selecționați, ci și pentru cei care sunt recomandați de către alt medic sau chiar de către un psihiatru. Examinarea personală de către terapeut a fiecărui pacient este considerată esențială atât pentru aprecierea adecvării sale la ceilalți membri selecționați, cât și pentru informarea sa asupra grupului, duratei și condițiilor psihoterapiei. Aceasta, cu atât mai mult, cu cât expectațiile pacientului influențează participarea sa, cât și rezultatul tratamentului.

3.2. Pregătirea pacienților pentru psihoterapia în grup.

În afara criteriilor de selecție și de recomandarea pentru psihoterapia în grup, ca și a examenului psihic și somatic efectuat înaintea intrării în grup, este necesară o pregătire a pacientului selecționat asupra modului în care va decurge procesul terapeutic așteptat. În linii generale, această pregătire constă în două modalități sau instanțe, în funcție de gradul de structurare a acestei etape preliminare.

3.2.1. Pregătirea nestructurată, constă în faptul că pacientului i se oferă date referitoare la metodologia psihoterapiei în grup sau se răspunde întrebărilor sale referitoare la modul de desfășurare al psihoterapiei. Această discuție prealabilă este diferită în funcție de pacient, situație care poate avea în vedere:

- **pacientul care nu a urmat nici un fel de psihoterapie**, căruia i se vor prezenta date privind natura tratamentului psihologic, modul de desfășurare, durata acestuia etc.;
- **pacientul care a urmat o psihoterapie individuală**, fiind acum recomandat pentru psihoterapie în grup, căruia i se dezvăluie posibilitățile largi ale repertoriului comportamental oferite de grup, modalitățile de întrajutorare și de validare a opiniilor sale în acest cadru etc.;
- **pacientul sceptic**, de obicei intelectual, ce posedă anumite cunoștințe despre psihoterapia în grup, căruia trebuie să i se explice caracterul viu și complex al relațiilor care se dezvoltă în grupul terapeutic;
- **pacientul foarte receptiv** pentru psihoterapie, ce solicită singur înscrierea sa în grup, căruia i se va explica oportunitatea prescrierii acestui tratament;
- **pacientul reluctant**, care opune rezistență, nu va fi abandonat înainte de a-și expune motivele refuzului său, care, de obicei, sunt de ordin psihopatologic (autism,

negativism) sau conjunctural: o cunoștință în grup, teama divulgării situației și intimităților sale etc.; acest pacient trebuie asigurat asupra discreției cu privire la problemele discutate, asupra modului facultativ al prezentării identității, precizându-se că unul din scopurile psihoterapiei în grup constă tocmai în înlăturarea reținerilor și ezitărilor de orice natură;

- **pacientul timid, introvertit**, care afirmă că nu s-a simțit niciodată bine în grup; lui i se va prezenta caracterul facultativ al intervențiilor, al participării la discuții și faptul că însăși simpla sa prezență constituie o participare la viața membrilor grupului cu care stabilește în mod tacit o comuniune afectivă.

3.2.2. Pregătirea structurată organizată prin ședințe de psihoterapie individuală, anterioară intrării în grup; această formă se impune mai ales pacienților care nu au avut niciodată o relație bazată pe încredere cu o altă persoană, care provin din familii dezorganizate sau care prezintă sentimente de insecuritate personală, precum și celor care, marcați de ostilitate, nu pot dezvolta o relație constructivă cu alții, ceea ce nu le permite realizarea unor raporturi suportive cu ceilalți membri ai grupului.

Prin aceste forme de pregătire se reduce anxietatea pacientului față de grup și se stabilește o alinată de lucru între terapeut și pacient. S-a constatat că o pregătire atentă și structurată:

- reduce numărul de abandonuri în psihoterapia de grup,
- ameliorează calitatea participării pacientului la ședințele grupului.

4. Compoziția, structura și funcționarea grupului terapeutic

Compoziția, structurarea, ca și funcționarea grupului terapeutic sunt stabilite de psihoterapeutul care își organizează grupul.

4.1. Compoziția grupului terapeutic.

Compoziția grupului are în vedere numărul, vârsta, sexul și nivelul socio-cultural și intelectual al membrilor.

4.1.1. Numărul pacienților din grupul terapeutic va fi în funcție de evantaiul nosografic al tulburărilor psihice, ca și de amploarea manifestărilor clinice. Majoritatea psihoterapeuților consideră că cifra optimă este de 6-10 membri, aceste limite fiind determinate de gradul extraversiei sau expansivității membrilor. Într-un grup restrâns, sub 6 membri, pacienții se vor simți dominați de autoritatea terapeutului, ceea ce va limita dezvoltarea tensiunii afective și a vieții de grup. Dimpotrivă, într-un grup extins, cu peste 10 membri, psihoterapeutul va menține cu greu controlul grupului, existând tendința de creare a unor subgrupuri care vor submina autoritatea liderului ca și a grupului. De aceea se consideră că cifra medie a membrilor grupului este de 8, avându-se în vedere un număr mai mare în cazul pacienților schizoizi (pentru a crește nivelul interacțiunilor) și

un număr redus în cazul pacienților expansivi (spre a nu monopoliza discuția și a nu slăbi controlul terapeutului). Totuși, mai important decât numărul în sine al membrilor grupului este menținerea constantă a acestui număr.

4.1.2. Vârsta pacienților din grupul terapeutic are în vedere mai ales diferențele de vârstă care constituie, de asemenea, un element important în dezvoltarea dinamicii de grup. În general se admite că vârsta pacienților din grup poate fi cuprinsă între 20 și 60 ani, recomandându-se grupuri omogene speciale pentru adolescenți și pentru vârstnici. Există terapeuți care consideră că divizarea adulților în grupuri de pacienți tineri (de 20-40 ani) și de vârstă mijlocie (40-60 ani) ar favoriza o experiență constructivă. În astfel de grupuri, cu o relativă omogenitate de vârstă, pacienții și-ar exprima într-un mod mai autentic sentimentele lor față de figura autoritară reprezentată de terapeut, găsind totodată un suport sporit la copacienți. La rândul lor, adolescenții care prezintă în mod frecvent "conflicte cu autoritatea", devin mai inhibați în grupurile cu adulți, unde le crește anxietatea.

Pe de altă parte, diferențele de vârstă facilitează dezvoltarea modelelor părinte-copil, pacienții având astfel prilejul de a releva și reconsidera probleme interpersonale parentale care până atunci păreau insurmontabile. Se consideră astfel că prezența pacienților de vârstă diferită sporește dinamismul grupului, cei tineri proiectând asupra vârstnicilor conflictele lor cu părinții, iar cei în vârstă adoptând față de cei tineri clișeul conduitei față de proprii lor copii. În același timp, nu se recomandă o proporție prea mare de tineri sau de bătrâni în grup, fiind necesară o echilibrare a diferențelor de vârstă. Așa cum s-a mai menționat, este contraindicat să existe singularizări în grup, respectiv un membru de vârstă extremă, acesta fiind mai greu tolerat, existând riscul de a fi marginalizat.

4.1.3. Sexul pacienților din grupul terapeutic este controversat atât sub aspectul raportului cât și al omogenității grupului. În afara grupurilor omogene în funcție de sex, există grupuri mixte într-o reprezentare a sexelor de aproximativ 50%. Unele argumente pledează pentru grupuri omogene în funcție de sex întrucât, cu toată relaxarea cenzurii, în grup apar multe probeleme intime care pot fi mai autentic dezbătute între membrii de același sex. În același timp sunt terapeuți care pledează pentru grupul mixt întrucât, chiar dacă există rețineri inițiale, discutarea deschisă a problemelor sexuale poate avea loc. Tocmai de aceea ei recomandă ca "bărbații și femeile să fie plasați în același grup, astfel încât atitudinile referitoare la problemele sexuale să poată fi examinate mai eficient" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1408).

4.1.4. Nivelul socio-cultural și intelectual al membrilor grupului poate fi diferit, acest fapt fiind acreditat cu efecte salutare, favorizând creșterea "gradului de conștientizare" a membrilor grupului. Totodată, diferențele socio-culturale măresc activismul grupului, evită stagnările sau alunecările în discuții sterile și inautentice. Considerăm însă că nivelul cultural sau intelectual redus constituie o contraindicație pentru participarea la grup a pacientului respectiv.

4.2. Structura grupului terapeutic.

Structura are în vedere gradul de omogenitate a grupului și dinamica participării membrilor.

În funcție de gradul omogenității grupului se distinge grupul heterogen, omogen, intermediar și special.

4.2.1. Grupul heterogen. Este alcătuit din pacienți diferiți sub aspectul vârstei, sexului, diagnosticului sau formei de manifestare a simptomelor. Deși prezintă un mozaic de stări și conduite, se consideră că această formă de organizare realizează cel mai înalt spirit de grup, creat din jocul dialectic al forțelor antagoniste. Astfel, se știe că numai într-un grup suficient de heterogen poate fi asigurată o interacțiune maximă, fiecare membru primind o stimulare mai mare, prin care poate fi testată capacitatea sa de a tolera diferențele. Se înțelege însă că gradul de heterogenitate nu poate fi extins peste limite rezonabile fără riscul perturbării procesului terapeutic. Astfel, nu vor putea face parte din același grup pacienți vârstnici cu deteriorare cognitivă alături de tineri cu stare expansivă, sau adolescente cu persoane ce prezintă deviații sexuale. Totodată, prezența în grup a unor pacienți cu entități nosogrfice extreme sau îndepărtate de media grupului constituie un factor anticoeziv și destructiv în dinamica grupului.

Heterogenitate clinică și organizarea dinamică a grupului. Organizarea eficientă a grupului se bazează în primul rând pe cunoașterea psihodinamicii pacientului. Astfel, pacientul schizopital sau cu schizofrenie în stadiu remisional poate fi plasat alături de nevrotic, oferindu-i acestuia stimularea necesară depășirii barierelor represive. La rândul său, nevroticul poate oferi schizofrenicului un grad mai mare de testare a realității și suport în mecanismele de apărare a **Eului**. De asemenea, în grup pot fi plasați pacienți cu același diagnostic (de ex. depresie) dar cu forme psihodinamice diferite (pierdere reală prin deces, pierdere prin separare sau pierdere imaginară prin teama de a fi părăsit de persoana iubită), ceea ce va determina o creștere a potențialului interacțional și sanogenetic al grupului.

Heterogenitatea grupului și complementaritatea modelelor comportamentale ale pacienților. Cunoașterea de către terapeut a modelului comportamental al pacientului constituie cheia organizării eficiente a grupului. Astfel, bazat pe modelele comportamentale, terapeutul va putea emite predicții asupra potențialelor interacționale, asigurând eficiența procesului terapeutic. Din această perspectivă pot fi plasați în același grup un pacient aflat în competiție cu tatăl și un altul care-l concurează pe acest pacient. De asemenea, interacționează pozitiv în grup un pacient care a avut o mamă hiperprotectoare alături de o pacientă care este o mamă hiperprotectoare. În fapt, pacienții trebuie să fie complementari în privința conflictelor, fiecare constituind imaginea în oglindă a celuilalt.

De asemenea, complementaritatea privind experiența de viață în trăirea și rezolvarea conflictelor poate constitui un alt criteriu de organizare eficientă a grupului. De exemplu, cei care au trăit un divorț pot constitui un sprijin pentru cei din grup aflați într-o astfel de

situație.

În grupul heterogen este recomandabilă o complementaritate a stilului de viață și a modelului de comportament. Astfel, pacientul marcat de izolare și introversie se recomandă a fi așezat în fața unui pacient extravertit, în timp ce pacientul nehotărât și dependent va fi alături de cel impulsiv și vehement. În fața unor stiluri de viață și modele comportamentale complementare pacienții își pot construi pattern-uri de relaționare mai corespunzătoare.

4.2.2. Grupul omogen. Cuprinde pacienți care prezintă același sex dar și vârstă, simptome clinice asemănătoare. Grupul cu o astfel de structurare este mai util pentru cercetarea psihodinamică a unei anumite tulburări, deși majoritatea clinicienilor consideră că el asigură condițiile necesare de interacțiune și testare a realității. Totuși, chiar în cazul omogenității sindromologice sau nosografice există un anumit grad de heterogenitate în funcție de cauzele bolii, modul de manifestare a simptomelor, stilul de viață și personalitatea pacientului.

4.2.3. Grupul intermediar. Reunește stiluri de viață, comportamente și personalități similare care dezvoltă tulburări psihice diferite. De asemenea grupul poate fi omogen din punctul de vedere al itemilor personali, dar heterogen sub aspect simptomatologic și nosografic.

4.2.4. Grupul omogen selectat sau **grupul special organizat.** Este alcătuit din pacienți care au aceeași problemă majoră: alcoolul, insuficiența sexuală, obsesiile sau probleme intime ale vieții lor. Astfel de grupuri prezintă avantajul aprofundării unor probeleme specifice, constituind totodată cadrul unor cercetări științifice.

4.3. Dinamica participării membrilor la grupul terapeutic.

În funcție de dinamica participării membrilor, grupul psihoterapeutic poate fi închis, deschis și lent-deschis.

4.3.1. Grupul închis, cuprinde pacienți selecționați care încep în același moment psihoterapia și o continuă, împreună, până la încheiere. În astfel de situații, deși vom asista la o heterocronie a ameliorării, grupul este unitar sub aspectul funcționării. Cu alte cuvinte, în timpul procesului terapeutic nu mai este primit nici un nou pacient, deși pot rămâne unele locuri libere prin ieșirea prematură din grup a unor membri. Astfel de grupuri, indicate mai ales în psihoterapia cu pacienți ambulatori, sunt acreditate cu cele mai mari posibilități pentru efectuarea psihoterapiei intensive. De asemenea, cercetarea în domeniul psihoterapiei de grup și al relațiilor interpersonale se bucură în această formă de cea mai înaltă validare.

4.3.2. Grupul deschis, are o funcționare "continuă", spre deosebire de grupul închis care funcționează pe o anumită durată, anterior programată. De asemenea, comparativ cu grupul închis, care este destinat pacienților din afara spitalului, grupul deschis este legat de aspectele dinamicii spitalizării: pe măsură ce un pacient părăsește grupul în urma ameliorării, locul său este ocupat de un altul, care va fi cât mai repede integrat în

grup. Fiind deschis, grupul are o dinamică psihoterapeutică proprie, întrucât venirea și plecarea membrilor întrerupe într-o anumită măsură continuitatea procesului terapeutic, slăbind totodată atmosfera terapeutică și spiritul de grup. În aceste condiții, grupul deschis desfășoară o psihoterapie mai puțin profundă sau o psihoterapie de tranziție între forma de grup și psihoterapia individuală. Totodată, grupul deschis poate servi:

- unei psihoterapii preparatorii, în vederea participării ulterioare a pacientului la ședințele unui grup închis;
- pacienților care au urmat o psihoterapie de grup intensivă, dar care mai au nevoie de o legătură psihoterapeutică complementară.

4.3.3. Grupul lent deschis (slow-open group) sau **grupul închis-deschis** realizează o situație de compromis, în care un nou membru este primit numai în măsura creării unui loc liber.

Noul venit. În grupurile deschise și lent-deschise, în timpul desfășurării procesului terapeutic, pe măsura eliberării unui loc, un nou membru este primit în grup. În această situație psihoterapeutul face oficiul de gazdă, căutând o cât mai rapidă familiarizare a noului pacient cu grupul, spre a-i înlătura sentimentul de străin, greu de tolerat atât pentru el, cât și pentru grup. Această intervenție susținută a psihoterapeutului devine cu atât mai necesară cu cât el este considerat responsabil de prezența noului venit, care, neglijat, poate determina suspiciuni sau reacții ostile, fiind în cele din urmă marginalizat. Cu toate acestea, noul membru poate constitui obiectul ostilității deschise sau mascate a grupului, independent de modelul personalității sale. În aceste situații, psihoterapeutul trebuie să observe manevrele ostile și să examineze semnificația lor. Atunci când ostilitatea la adresa noului venit este deschisă, terapeutul trebuie să-l protejeze și să exploreze cauzele acestei ostilități. Dimpotrivă, dacă noul venit este bine primit, terapeutul nu are probleme tehnice, revenindu-i doar sarcina integrării acestuia în grup. Nu trebuie omis însă faptul că admiterea și integrarea unui nou membru în grup vor fi determinate nu numai de personalitatea și starea psihică a acestuia, ci și de necesitățile grupului și de considerente care privesc pe ceilalți membri din grup.

4.4. Funcționarea grupului terapeutic.

Funcționarea grupului are în vedere locul, frecvența, durata și modul de desfășurare a ședințelor de psihoterapie.

4.4.1. Locul și ambianța în care se desfășoară psihoterapia în grup. De obicei este vorba de o sală mare, moderat luminată, fără acustică accentuată, discret mobilată, eventual fără tablouri care ar putea distrage atenția pacienților. Aceștia sunt așezați în jurul unei mese sau în cerc, pe fotolii. Unii clinicieni recomandă masa care protejează pantomimica pacienților; alții, dimpotrivă, recomandă așezarea pacienților în fotolii, pentru a se constata mișcările membrelor și postura, oferindu-se astfel elemente semnificative de observație și interpretare. Se precizează ca distanța dintre fotolii sau scaune să fie de o lungime de braț, aceasta marcând bariera perceptivă de intimitate; în

plus, se constată că, la o distanță mai mică, unii pacienți vor fi grijulii asupra mișcării coatelor, spre a nu deranja pe ceilalți.

Pacienții își aleg liberi locul, mai aproape sau mai departe de terapeut (care face parte din cerc), fapt ce oferă primele impresii asupra personalității lor. În ședințele următoare, membrii grupului tind a-și păstra locurile, realizând o schemă fixă, a cărei schimbare exprimă transformări dinamice în relațiile interpersonale. Astfel, sunt oferite indicii asupra rolului membrilor grupului în diferite etape ale procesului terapeutic. Terapeutul va urmări punctualitatea cu care începe și se încheie ședința, ca și frecventarea regulată a ședințelor de către membrii grupului, fapt apreciat ca un criteriu obiectiv al eficacității psihoterapiei.

4.4.2. Prezența pacienților la ședințele grupului psihoterapeutic. Terapeutul ține un registru de prezență și se interesează de motivele pentru care un membru întârzie sau absentează. Dacă celui întârziat sau absent nu i se acordă atenție se poate pierde o eventuală informație și se poate dezvolta o atitudine de indiferență privind participarea la ședință. Este posibil ca un membru să lipsească datorită unui eveniment important din viața lui, din cauza stării de tensiune din grup sau relației sale cu un alt membru al grupului. Din aceste motive, celui care a lipsit i se cere să explice absența fără a omite faptul că "investigarea în grup a motivelor absenței unui pacient este contraindicată, cu excepția situațiilor în care această analiză are importanță pentru întregul grup" (**G. Ionescu**, 1973, p. 190). Totuși, absența nu trebuie minimalizată sau ignorată și tocmai de aceea unii psihoterapeuți consideră oportun "ca imediat după ședință să se trimită o scrisoare celui care a absentat pentru a păstra contactul cu el și a atrage atenția asupra influenței absenței sale în grupă" (**H. J. Walton**, 1983, p. 655).

Frecvența membrilor grupului este edificatoare în multe privințe pentru terapeut întrucât arată cât de important și atractiv este grupul pentru bolnav, care este coeziunea grupului, maturitatea sa etc. Astfel, dacă prezența la ședințe este de peste 90% se consideră că grupul are o bună coeziune și eficacitate. Dimpotrivă, dacă absențele unui pacient (motivate de starea sa patologică) sunt de perste 15% din frecvența posibilă totală, se impune o reapreciere de către terapeut a oportunității psihoterapiei pentru pacientul respectiv. Totodată, dacă procentul absențelor este de peste 15% pentru întregul grup, terapeutul trebuie să analizeze modul de organizare a grupului și propria sa conduită în timpul ședințelor grupului.

4.4.3. Ritmicitatea ședințelor de psihoterapie în grup. Majoritatea terapeuților consideră că ritmul optim al ședințelor este săptămânal. În psihoterapia de grup alternativă grupul se reunește de două ori pe săptămână, o dată sub conducerea terapeutului și o dată fără el. Atunci când psihoterapia este orientată psihanalitic frecvența ședințelor crește la trei sau patru pe săptămână. De asemenea și în psihoterapia de grup obișnuită frecvența reuniunilor poate fi sporită în anumite perioade "de criză" a grupului terapeutic. În orice situație se insistă asupra menținerii continuității ședințelor chiar și în timpul concediilor, când terapeutul este suplinit de coterapeut. Totodată, este important ca ședința grupului să se desfășoare în aceeași zi a săptămânii, la aceeași oră și în același loc.

4.4.4. Durata ședințelor de psihoterapie în grup este variabilă, fiind cuprinsă între 60 și 120 minute, majoritatea clinicienilor optând pentru 90 minute. Se consideră că o reducere a duratei sub 60 minute nu permite dezvoltarea interacțiunilor emoționale, iar când durata este mai mare de 120 minute tensiunile emoționale sunt prea ridicate spre a putea fi asimilate din punct de vedere cognitiv. Durata unei ședințe trebuie să fie constant menținută și respectată, întrucât ea relevă **pattern**-uri comportamentale semnificative. Astfel, unii pacienți ridică probleme importante în timpul desfășurării ședinței, alții se tem că își vor pierde controlul până la sfârșitul ședinței etc.

Psihoterapia de grup extinsă sau **prelungită**, denumită și **"terapie de grup maraton"**, se desfășoară pe o durată de 12-48-72 ore pentru o ședință, care va fi plasată astfel încât să cuprindă două etape ale ritmului somn-veghe. Includerea celor două etape într-o singură ședință ar spori, conform opiniei unor terapeuți, șansele de asimilare ale evenimentelor și experiențelor trăite și ar întări schimbări ce rezultă de aici. Autorii consideră că în acest mod se dezvoltă un "proces de interacțiune accelerată" datorită faptului că pacientul se află într-o "proximitate forțată", impusă pentru o perioadă îndelungată. Se subliniază că bogăția fenomenologică a acestor întâlniri, în care pacienții sunt aduși la un înalt nivel de interacțiune emoțională, "echivalează cu unu-doi ani" de experiență psihoterapeutică obișnuită.

Considerăm însă că, pe lângă "proximitatea interacțională forțată", privarea de somn realizată pe durata amintită este susceptibilă să determine:

- o fisură în mecanismele de apărare a **Eului**, favorizând astfel acțiunea psihoterapeutică;
- ameliorarea stării afective prin estomparea componentei depresive;
- realizarea unui anumit grad de relaxare ce permite un mod mai autentic de comunicare.

Unii clinicieni consideră utilă integrarea acestei psihoterapii prelungite în cadrul psihoterapiei de grup obișnuite, mai ales în perioada de criză sau de "impas terapeutic" al grupului.

Psihoterapia de grup prelungită prezintă anumite precauții și contraindicații care au în vedere:

- o riguroasă selecție care să determine capacitatea pacienților de a suporta nivelul interacțiunii emoționale dezvoltat în acest cadru psihoterapeutic;
- posibilitatea pacienților de a-și menține, în cadrul ședinței maraton, capacitatea de testare a realității;
- apariția unor episoade psihotice.

Aceste considerente sunt de natură să explice faptul că, actualmente, psihoterapia de grup extinsă cunoaște o anumită dezinvestire și restrângere a aplicării, comparativ cu deceniul trecut, când a fost acreditată cu o eficiență care încă nu a fost ilustrată.

Psihoterapia de grup pe termen scurt cuprinde un număr anterior precizat de ședințe, cuprins între minimum două și maximum 50. Atunci când terapia se desfășoară în spital, numărul ședințelor va fi determinat de durata internării. Utilitatea acestei

psihoterapii constă în:

- creșterea motivației pacienților pentru ameliorare;
- facilitarea adaptării și integrării în sistemul de spitalizare;
- reducerea legăturilor de dependență a pacientului.

Fiind de scurtă durată, eficiența acestei psihoterapii poate fi asigurată prin:

- gradul de omogenitate a grupului;
- formularea clară a scopului psihoterapiei;
- creșterea coeziunii între membrii grupului.

5. Statutul și rolul terapeutului în coordonarea activității grupului

Psiholog sau medic, având o experiență îndelungată în activitatea clinică, psihoterapeutul este cel mai important membru al grupului; investit deseori cu puteri magice, el trebuie să facă permanent dovada bunei sale pregătiri în privința:

- datelor curente ale psihiatriei clinice,
- metodelor psihoterapeutice și dinamicilor de grup,
- teoriilor asupra tipologiilor și structurării personalității.

De obicei activ și stimulator, în psihoterapia orientată psihanalitic, el joacă un rol relativ pasiv, de ecran neutru asupra căruia pacienții își proiectează ideile și sentimentele lor.

5.1. Rolul psihoterapeutului în conducerea activității grupului.

Persoana psihoterapeutului și în special conduita acestuia, țintă a privirilor grupului, va fi încărcată de ambiguitatea dublului său rol, și anume acela de:

- **conducător al grupului**, model moral și etalon de identificare al pacienților;
- **membru egal al grupului** terapeutic.

Descris ca "un om pentru toate anotimpurile", psihoterapeutul trebuie să fie convins de faptul că desfășurarea tratamentului nu este o istorie naturală, ci o situație determinată de modul în care el conduce grupul. De aceea, terapeutul va fi foarte atent, atât asupra propriei conduite, cât și asupra relațiilor și reacțiilor sale față de un membru al grupului sau față de grupul ca întreg.

Referindu-ne la rolul psihoterapeutului, am încercat o sistematizare a atributelor sale dintre care menționăm:

- **rolul stimulator**, în virtutea căruia psihoterapeutul trebuie să pună grupul în mișcare prin propunerea temelor de discuție, stimularea participării membrilor, reformularea enunțurilor membrilor etc.; deși stimulator, terapeutul trebuie să funcționeze ca un catalizator pentru interacțiunea membrilor grupului;
- **rolul directiv** constă în asigurarea interacțiunii membrilor grupului și de aceea se admite că psihoterapeutul are și un rol facilitator, el ajutând pacienții să se concentreze asupra relaționării lor; totodată el trebuie să descopere posibilele motive ale slăbirii

contactului interpersonal al membrilor, să reducă discuțiile asupra unor probleme irelevante, promovând ideea că activitatea membrilor grupului constituie sursa primară de schimbare;

- **rolul extensiv** se exercită mai ales când activitatea grupului devine redundantă, membrii grupului fiind în imposibilitate de a-și extinde comunicarea; în astfel de situații, terapeutul pune întrebări pertinente și se implică pe sine în mod activ;

- **rolul interpretativ** se traduce prin încurajarea membrilor grupului de a-și analiza și interpreta reciproc acțiunile; totodată, prin întrebări și explicații, el trebuie să intervină în elaborarea unor interpretări adecvate sau în corectarea lor.

5.2. Personalitatea terapeutului și calitățile care îi permit îndeplinirea rolului de conducător al grupului.

Prin modul de organizare, practica psihoterapiei de grup este o activitate publică, psihoterapeutul exercitându-și funcția în mijlocul membrilor grupului care își îndreaptă asupra lui atenția. Tocmai de aceea, gesturile, ca și afirmațiile sale, trebuie să fie naturale, decente, lipsite de emfază și de pedanterie, păstrând o notă de reținere și de responsabilitate.

În special la începutul terapiei, psihoterapeutului i se recomandă **o atitudine reținută** care-i permite o mai bună observație și cunoaștere a posibilităților de adaptare și integrare a membrilor grupului. Inițial investit și acreditat de către pacienți, pe măsura desfășurării procesului terapeutic, precum și în virtutea rolului său de **membru disimulat al grupului,** terapeutul devine tot mai mult ceea ce trebuie să fie: omul **demn de încredere, de confiere și de înțelegere.** Totodată, el trebuie să manifeste **spontaneitate, fermitate** și **un anumit grad de directivitate** în exercitarea funcției sale. Astfel, ilustrând activismul și angajarea sa, în discuțiile cu pacienții terapeutul va trebui să folosească verbul în loc de substantiv, spunând mai ales "cred că trebuie să intri într-un grup" în loc de "cred că ai nevoie de o psihoterapie de grup".

Totodată, terapeutul va limita încercările inautentice "de joc" ale unor pacienți, manifestând deschidere și **respect total pentru comportamentul spontan și firesc.** În plus, terapeutul trebuie să aibă disponibilitatea de a admite diferențele de opinii dintre el și ceilalți membri ai grupului și de a adera la standardele pacienților.

Există unele studii care, folosind inventare de interese vocaționale, au descris profiluri de personalitate ale terapeutului dintre care menționăm:

- **terapeutul de tip A,** prezentat ca fiind mai activ și mai hotărât în exprimarea liberă a atitudinilor personale; la acest tip, comunicarea plină de încredere este asociată cu un înalt grad de ameliorare a pacienților;

- **terapeutul de tip B,** descris ca fiind mai pasiv, mai permisiv, mai interpretativ și mai instructiv.

Pe baza acestor profiluri putem considera că modul de conducere, ca și calitățile de tip directiv sunt mai indicate pentru psihoterapia de grup decât stilul nondirectiv, pasiv-

interpretativ.

Trebuie precizat totuși că, indiferent de "tipul" sau de categoria în care poate fi încadrat, terapeutul ideal este un ins "remarcabil, capabil de căldură, interes și obiectivitate... care a învățat să-și controleze judecata fără reacții emoționale și fără pierderea simpatiei. El prezintă integritate, inteligență superioară și putere de concentrare intensă; matur și stabil, el este în sensul cel mai larg o ființă capabilă atât de rațiune cât și de iubire" (**Nancy Swift**, 1983, p. 80). Desigur aceste standarde sunt greu de atins, dar cu cât un terapeut este mai aproape de ele și prezintă mai multe din aceste atribute, cu atât munca sa va fi mai eficientă.

5.3. Coterapeutul (terapeutul asistent sau consultant).

În mod tradițional este văzut ca un terapeut adjuvant, interesat în deprinderea abilităților privind psihoterapia în grup. Viitor psihoterapeut, coterapeutul va folosi intens în cadrul activității grupului spiritul său de observație, reținând detaliile apărute în situația terapeutică spre a le supune discuției în analiza ce urmează fiecărei întâlniri de grup. Astfel, el semnalează terapeutului ceea ce, eventual, acesta a omis și caută o explorare ulterioară a situațiilor de grup nerezolvate de terapeut.

Se consideră că pentru a deveni un bun psihoterapeut, coterapeutul are nevoie de cel puțin 6 luni pentru a se obișnui cu aspectele semantice ale noțiunilor și cu oportunitatea aplicării clinice a principiilor psihoterapeutice și de încă 6 luni pentru a câștiga îndemânare și încredere în aplicarea acestor principii. Coterapeutul va trebui să aibă calități asemănătoare cu ale psihoterapeutului, precum și cunoștințe serioase de psihiatrie clinică, de psihologie și de psihoterapie.

În ultimii ani se consideră că **rolul coterapeutului este complementar și nicidecum secundar**, cei doi "acționând drept coterapeuți, precizând înaintea fiecărei ședințe care dintre ei va avea conducerea, asumându-și principala responsabilitate" (**H. J. Walton**, 1983, p. 654). Întrucât rolul lor este considerat ca asemănător, este posibil ca ședințele să devină ineficiente prin competiție sau prin diferențe tehnice ori teoretice, de opinie între terapeuți și pentru a evita o astfel de situație "cei doi terapeuți trebuie să mențină o bună relație" (**N. Kanas, D. Farrell,** 1984, p. 553). Pentru aceasta nu este însă nevoie ca ei să se mențină, sub aspect teoretic, pe aceeași poziție. Astfel, chiar dacă sunt de același sex, se recomandă ca "unul dintre ei să fie confruntativ-interpretativ și perceput ca masculin, iar celălalt să fie evocator de sentimente și perceput ca feminin" (**B. J. Sadock,** 1985, p. 1416), recomandându-se astfel ca cei doi terapeuți să fie expuși la diferite interpretări complementare, dar nu contradictorii.

Atunci când terapeuții sunt de sexe diferite, ei pot funcționa ca substituți parentali, pentru ca stilul lor diferit de conducere să poată determina reacții transferențiale. Tocmai de aceea, în mod ideal, în procesul terapeutic trebuie să fie implicat activ fiecare terapeut, "astfel încât niciunul dintre ei să nu fie într-o poziție de autoritate mai mare sau de dominație" (**Ibidem**).

5.4. Expectațiile și obligațiile membrilor grupului.

În primele ședințe ale grupului, pacienții acordă în mod necondiționat terapeutului rolul de lider, adresându-i întrebările, solicitându-i opiniile, așteptându-i îndrumările. Acesta evită însă rolul de autoritate, de conducător al grupului, descurajând atitudinile de dependență ale membrilor, stimulându-le astfel responsabilitatea. Inițial ei vor fi surprinși sau decepționați de faptul că răspunsurile, ca și atitudinea terapeutului, nu sunt clare, că nu sunt suficient de autoritare, dar, în mod treptat ei vor înțelege că prin spiritul de într-ajutorare, în mod virtual, toți membrii grupului sunt terapeuți.

Pentru a atinge acest deziderat, membrii grupului terapeutic trebuie să respecte un set de reguli (care pot servi drept bază pentru dezvoltarea unor norme) și anume:

- fiecare membru trebuie să-și comunice gândurile și experiențele în grup cât mai complet și sincer;
- când doi membri se întâlnesc în afara ședințelor, au obligația de a comunica grupului, la proxima ședință, ceea ce au discutat;
- fiecare membru are obligația de a informa grupul asupra oricărei schimbări importante ce a survenit în viața sa.

6. Desfășurarea ședinței de psihoterapie în grup

Punctual în privința orei de începere a ședinței, psihoterapeutul nu va veni sub influența oboselii, medicamentelor sau alcoolului. El va saluta sau va răspunde la salut cu amabilitate și curtoazie, pentru a îndepărta anxietatea pacienților. De altfel, prin întreaga sa atitudine, de familiaritate și încurajare, se încearcă înlăturarea inhibiției pacienților, favorizându-le astfel desfășurarea naturală a conduitei.

Psihoterapeutul și coterapeutul vor ocupa locuri care să le permită maximum de vizibilitate și audibilitate, având în câmpul lor vizual toți membrii grupului. Ca și în activitatea clinică, observarea vizuală va sta la baza activității terapeutice, reținându-se privirea, mimica și pantomimica.

De bogăția mesajelor gestuale, ca și de anumite semne clinice (tremor, modificări vasomotorii etc.) numai un terapeut cu spirit de observație și finețe psihologică va putea beneficia din plin. El va cunoaște astfel că gesturile simbolice nu se referă întotdeauna direct la problema în discuție, ci deseori vor fi încărcate de un conținut semantic particular, conferit de pacient. De asemenea, gesturile emfatice (veritabile exclamații nonverbale) evocă un anumit aspect al tulburării, dar mai ales anumite trăsături ale personalității pacientului. Tot astfel, gesturile exhibiționiste, ca și manifestările funcționale, teatrale, exprimă altceva decât conținutul comunicării persoanei respective, oferind impresia a două mesaje concomitente.

Intensitatea, tonalitatea și timbrul vocii, ritmul transmiterii mesajelor verbale pot fi semnificativ modificate sub influența stării emoționale.

Triada mimică-gest-cuvânt poate exprima stări afective și modificări de personalitate a căror semnificație numai experiența și spiritul de observație o pot descifra. Unitatea acestei triade este în concordanță cu gradul de organizare a psihismului. La personalitățile bine structurate cele trei căi finale de transmitere a mesajelor sunt în strânsă interdependență în vederea asigurării caracterului adecvat al expresiei. Din această perspectivă, situația sui-generis creată în grupul terapeutic pune la încercare echilibrul unității de expresie a pacientului. Grupul devine astfel o arenă a reliefării nosografice și pentru a realiza aceasta psihoterapeutul trebuie să stimuleze:

- comunicarea verbală liberă asupra oricărei probleme personale;
- relaxarea cenzurii, prin îndemnarea pacientului să-și comunice gândurile în mod firesc, nesofisticat și, pe cât este posibil, "cu primele cuvinte care îi vin în minte".

6.1. Stimularea participării membrilor la activitatea grupului.

Comunicarea verbală a membrilor grupului, inhibată și ezitantă inițial, se transformă, sub îndrumarea terapeutului, în conversație liberă și curgătoare. Desigur, nu toți membrii grupului participă în aceeași măsură la discuțiile din grup; unii sunt mai activi în anumite etape ale evoluției grupului și mai reținuți în alte perioade. Nu trebuie considerat însă că cei mai reținuți în intervenții nu beneficiază de atmosfera terapeutică a grupului, deși ei nu contribuie în mod optim la procesele de grup.

La rândul său, terapeutul va adopta o atitudine de stimulare, de încurajare și de cultivare activă a intervenției și comunicării, pentru a prepara și a menține astfel atmosfera terapeutică. În acest scop membrii grupului sunt încurajați să participe în mod activ, să se angajeze în dezbaterea temelor puse în discuție, favorizând astfel dezvoltarea potențialului terapeutic al grupului. Pacienții vor înțelege totodată natura mutuală a schimbului și ajutorul psihologic, fiind tot mai conștienți că trebuie să accepte, să tolereze și să participe activ la dezbaterea problemelor fiecăruia dintre ei. Prin această participare pacientul cu un comportament distorsionat înțelege (într-un mod ce poate atinge profunde trăiri emoționale), sensul inadecvat al relaționării și atitudinilor sale. Experimentând trăiri afective, exprimându-și opinii, comparând situații în cadrul grupului, pacientul învață să-și modifice atitudinea.

6.2. Conținutul comunicării.

Cu toată aparenta banalitate a intervenției, în grup nu se discută pentru a discuta. Intervenția nu este folosită ca un scop în sine (situație în care ea ar constitui un mijloc de "apărare" a membrilor grupului), ci ca un mod de comunicare verbală. Înțelegerea, uneori prin decodificare, a acestei comunicări verbale are o importanță esențială în desfășurarea procesului terapeutic.

Conținutul ideativ al intervențiilor din grup, precum și acțiunile și interacțiunile membrilor grupului sunt studiate de grup prin analiză și interpretare. În cazul unei orientări psihanalitice a grupului (întrucât "psihoterapia de grup poate fi practicată cu sau fără

orientare analitică", **S. H. Foulkes, E. J. Anthony**, 1965, p. 27), subiectul discuției este analizat nu numai din punctul de vedere al conținutului său manifest, ci și al conținutului său "inconștient", al sensului său latent.

Pe un plan mai general, **Y. Agazarian** și **R. Peters** (1981) consideră că în orice ședință de grup există un nivel manifest (observabil) și unul latent (inconștient). Când folosește grupul ca modalitate primară de tratament, terapeutul are datoria de a depista și a aduce în atenția membrilor aspectele inaparente ale comportamentului din ședință. Aceasta se realizează legând comentarii aparent întâmplătoare și identificând o idee sau un eveniment despre care terapeutul crede că a avut loc, deși ele nu au avut o expresie manifestă. În grup se dezvoltă deci **fenomene observabile** (de exemplu ostilitatea manifestă a unui membru îndreptată împotriva altuia) și **fenomene** presupuse **latente** (ca, de exemplu, căutarea atitudinii paterne a terapeutului de către un pacient care nu s-a putut bucura de aceasta în copilărie).

6.3. Tema supusă analizei grupului.

Cei mai mulți terapeuți nu propun grupului nici un fel de temă, respectând astfel legea formulată de **S. Freud** conform căreia pacientul propune subiectul ședinței. Alți terapeuți însă recomandă grupului un subiect argumentând că astfel se evită discuțiile penibile, inutile și eventual nocive. Este adevărat că, prin propunerea unei teme de către terapeut, discuția din grup va fi mai degajată și mai cursivă, lipsită de tăceri și tensiuni.

Pe de altă parte însă nu trebuie omis faptul că unul din deziderateie psihoterapiei în grup constă în activismul crescut, tensiunea înaltă și discuția aprinsă, în acest mod edificându-se spiritul de grup și valoarea terapeutică a grupului. Considerăm însă că natura și conținutul discuțiilor din grup nu depind atât de caracterul programatic sau antiprogramatic al ședinței, cât mai ales de calitățile terapeutului, de posibilitățile membrilor (nivel cultural, grad de extraversie, nosografie etc.) și de nivelul de integrare al grupului.

7. Integrarea pacienților în grup și evoluția grupului terapeutic

Apariția terapiilor colective a generat idei și probleme cu implicații psihosociologice care ar putea înscrie psihoterapia de grup în aria sociologiei medicale. Într-adevăr, prin faptul că în această formă de terapie pe prim plan apar problemele grupului ca întreg, că pacientul își rezolvă distorsiunile cognitive, ca și anxietatea, depresia și ostilitatea prin intermediul grupului, ne determină să considerăm psihoterapia în grup ca o ramură a sociologiei medicale.

Din această perspectivă menționăm sorgintea psihosocială a numeroase manifestări psihopatologice, cea mai mare parte a tulburărilor fiind legate de relațiile interindividuale ale bolnavilor. La rândul lor, simptomele psihice, odată apărute, afectează aceleași relații

fragile ale pacientului cu ambianța sa psihosocială. Izolarea sau respingerea unui bolnav de către comunitate este deseori proporțională cu gradul inadaptării sale; la izolarea lui contribuie și faptul că bolnavul însuși respinge societatea. Se dezvoltă astfel o spirală vicioasă, și anume: cu cât bolnavul se comportă mai inadecvat, el se simte mai inadaptabil și, cu cât se simte mai inadaptabil, devine tot mai autist, alienându-se treptat.

Analizând situația sub unghi opus, constatăm că, în general, o perturbare a relațiilor insului cu ambianța poate constitui primul indiciu al unei boli psihice. De aceea, premisa tratamentului bolii mentale constă în analiza, cunoașterea și corectarea acestor relații. Aceasta cu atât mai mult cu cât tulburarea psihică nu este limitată la persoana care se prezintă ca pacient, ci este o expresie a unui complex relațional în care sunt implicate mai multe persoane. Astfel, atât relațiile familiale cât și ansamblul relațiilor sociale au profunde implicații în structurarea personalității, cât și în evoluția ei patoplastică. Aceste considerații au stat la baza terapiilor colective și au constituit premisa, ca și motivația, conform căreia "orice psihoterapie de grup va porni de la speranța unei acțiuni obiective asupra elementelor relaționale, fie pentru a modifica relațiile bolnavului cu alte persoane, fie pentru a obține o mai profundă remaniere a propriei sale structuri" (**R. Barande** et al., 1960, p. 3)

7.1. Stadii evolutive ale grupului terapeutic.

Pe baza acestui fundal relațional, grupul se dezvoltă și evoluează într-un mod secvențial, căruia unii terapeuți îi descriu stadii, etape sau faze. Astfel, **A. P. Beck** (1981) identifică nouă faze de dezvoltare în evoluția unui grup de psihoterapie, în timp ce alți clinicieni găsesc numai trei "faze principale", și anume:

- de stabilire a normelor de grup și de participare ezitantă a membrilor care depind de terapeut, căutându i îndrumarea și aprobarea; ei trebuie să fie capabili de a percepe scopul comun și de a-și exprima țelurile individuale, în timp ce terapeutul caută să stabilească legături între membrii grupului;

- de conflict, dominanță și de formare a unei ierarhii între pacienți; există o anumită rezervă sau chiar revoltă împotriva terapeutului, cu atacuri verbale sau fantezii de excludere a acestuia din grup;

- de realizare a coeziunii reale a grupului, cu un sentiment de afecțiune reciprocă și întrajutorare, fiind posibilă "efectuarea unei munci constructive de grup" (**M. Kanas** și **D. Farrel**, 1984, p. 555).

Considerăm totuși că în această sistematizare nu sunt redate toate elementele specifice fiecărei faze, în timp ce alte elemente, ca cele din faza a doua, par exagerate sau chiar distorsionate. De aceea prezentăm o altă sistematizare, care cuprinde tot trei etape de dezvoltare, dar conținutul acestora, în opinia noastră, exprimă mai fidel situația din grupul psihoterapeutic.

7.1.1. Stadiul încrederii și al organizării, în care membrii grupului sunt angajați într-o competiție de a fi acceptați și prețuiți de terapeut. Inițial, acesta este înalt acreditat sau chiar idealizat; pacienții proiectează asupra lui propriile lor speranțe, investindu-l cu

puteri deosebite, eventual "magice". El este cel care cunoaște, care știe, care poate, cel de la care se așteaptă. Membrii grupului îl consideră un **simbol al autorității și puterii** și vor să-l vadă acționând conform acestor expectații. De aceea ei cer terapeutului să fie îndrumați strict, conduși ferm și trăiesc un sentiment de dezamăgire și chiar dezordine când constată doar amabilitatea acestuia.

În loc să se poarte ca un lider necontestat, terapeutul caută să adopte rolul de membru al grupului sau de lider disimulat. De aceea, el nu hotărăște, nu admonestează și nu sancționează. Membrii grupului sunt chiar surprinși când, adresând întrebări terapeutului, acesta le relansează în grup; de fapt, el supune toate problemele analizei și autorității grupului, spre a putea facilita astfel dezvoltarea responsabilității și autonomiei membrilor. Astfel, atenția membrilor, îndreptată inițial asupra terapeutului, se reorientează acum asupra grupului, acest fapt marcând evoluția acestuia spre faza intermediară.

7.1.2. Stadiul câștigării autonomiei membrilor față de lider, care este marcat de o anumită ambiguitate. Este vorba de un nivel manifest și de un altul latent al acțiunii membrilor; ei neagă deziluzia că nu au găsit un lider care să le mențină dependența, dar sunt atenți și sensibili la atitudinea lui față de problemele pe care ei le ridică. Acum "funcțiile executive ale Ego-ului (în primul rând acelea de testare a realității și de adaptare la realitate) sunt preluate de opinia colectivă a grupului în care se include și aceea a liderului.

În acest stadiu, pacienții se conving de faptul că terapeutul este într-adevăr un membru al grupului, deși un membru deosebit. Ei iau act de existența psihologică a grupului și de rolul terapeutic al acestuia. Centrul de atenție și referință al pacienților se schimbă astfel de la terapeut la grup. Pacienții încep acum să comunice în mod mai realist, să-și exprime în mod reciproc problemele care îi preocupă, depășind maniera formală, circumstanțială a intervențiilor de până atunci. Formulându-și problemele și conflictele, verbalizându-le, ei ajung treptat la o conturare, înțelegere și mai deplină conștientizare a acestora. În fond și aici (ca și în dezvoltarea social istorică sau ontogenetică a insului) drumul spre conștientizare este legat de verbalizare.

În acest stadiu al dezvoltării relațiilor interpersonale, membrii inițiali ai grupului nu vor să mai primească pe alții sau îi acceptă cu rezerve și tendințe de marginalizare; de asemenea, ei manifestă opoziție sau regret față de eventualele ieșiri din grup, pacienții simțind, mai ales în aceste momente, unitatea și coeziunea grupului terapeutic. Pe baza acestor observații putem considera că în acest stadiu grupul devine într-adevăr grup, nu numai sub aspect sociologic, ci și în accepțiune psihologică și psihoterapeutică.

7.1.3. Stadiul interacțiunii și al ajutorului reciproc, marchează stabilizarea grupului, ameliorarea, maturizarea și resocializarea membrilor. Accesul la acest stadiu este condiționat de disponibilitatea încrederii în ceilalți, reprezentați de grupul ca întreg. Sentimentul de "încredere fundamentală " constituie de fapt elementul predictiv esențial asupra posibilităților de ameliorare a oricărui pacient care intră în psihoterapia de grup. Fără această "încredere fundamentală" pacientul nu se poate bucura nici de reală apartenență și nici de validarea consensuală a grupului care este remarcabil de realistă și obiectivă, chiar dacă membrii săi individuali nu prezintă reale posibilități de testare a realității.

În acest stadiu, în care rolul terapeutic al grupului este maxim, opinia membrilor grupului are profunde semnificații pentru fiecare dintre ei, determinându-le reorientări afective. Acum pacienții simt, în cel mai înalt grad, nevoia grupului, regretă că se apropie încheierea curei (deși aceasta este antedatată) și vor să o mai prelungească (invocând motive sau resuscitând simptome) sau mai continuă să se întâlnească fără terapeut.

7.2. Ședințele alternate - un test al maturizării grupului și un pas spre societate.

Sub denumirea de ședințe alternate sunt cunoscute reuniunile desfășurate fără terapeut, dar organizate de el. Ritmul acestor ședințe este stabilit de membrii grupului, care au astfel posibilitatea să constate variațiile comportamentului lor în funcție de prezența sau absența terapeutului. Acest fapt este cu atât mai important cu cât deseori se constată că un pacient poate fi reținut în ședințele cu terapeutul și activ în ședințele alternate, situație determinată de motive particulare care trebuie întotdeauna investigate.

Astfel de ședințe pot fi planificate încă de la înființarea grupului, dar de cele mai multe ori, sunt introduse, mai ales pentru grupurile închise, în ultima perioadă a evoluției lor. Se poate constata astfel gradul de maturizare a membrilor și capacitatea lor de activitate independentă. Totodată, în cadrul ședințelor alternate se verifică dacă pacienții și-au redus dependența față de terapeut, sporindu-și încrederea reciprocă și inițiativa.

Constatăm, de asemenea, că ședințele alternate sunt foarte indicate în analiza relațiilor transferențiale, pacienții având astfel posibilitatea să-și verifice sentimentele față de terapeut și să-și corecteze distorsiunile cognitive față de el. În ultimă instanță, ședințele alternate pot oferi terapeutului informații asupra modului în care se vor comporta membrii grupului în cadrul familial, profesional sau în ansamblul social.

7.3. Încheierea psihoterapiei în grup.

În mod obișnuit, încheierea psihoterapiei este sinonimă cu atingerea scopurilor acesteia. Ea are loc prin plecarea pacientului ameliorat (în cazul grupurilor deschise) sau prin autodizolvarea grupului, în psihoterapia cu grupuri închise. Încheierea psihoterapiei, pe care o considerăm terapeutică, nu trebuie confundată cu părăsirea grupului, care este accidentală.

Ieșirea accidentală din grup poate fi determinată de forțe interne (insatisfacție, teamă) sau externe (tensiune afectivă intensă în grup, divergență de opinii, atitudinea familiei sau a rudelor etc.). Uneori pacientul justifică ieșirea, avansând o explicație sau o scuză plauzibilă, dar de cele mai multe ori ieșirea este neanunțată, neexplicată. Se consideră însă că și cel care a părăsit prematur grupul a beneficiat, într-o anumită măsură, de terapie. Orice ieșire incidentală din grup trebuie însă analizată de terapeut (atât sub aspectul oportunității selecționării pacientului respectiv, cât și al atmosferei de grup), care va ajunge la concluzii instructive, îmbogățindu-și astfel experiența terapeutică.

Ieșirea terapeutică din grup, deși dorită, expectată și planificată, poate prilejui o

perturbare a terapiei și trebuie evitată. Pentru unii pacienți părăsirea grupului, a cadrului care i-a conferit o adaptare mai sănătoasă, aduce un sentiment de pierdere. Alții dezvoltă o veritabilă dependență de grup, ceea ce nu poate fi considerat un succes terapeutic. Evitarea acestei dependențe, ca și a condiționării la situația psihologică a grupului, constituie o sarcină importantă a terapeutului, care trebuie să aibă prudența necesară de a nu înlocui condiționarea prin psihoterapie.

Pentru ieșirea terapeutică din grup a unui pacient trebuie să existe o validare consensuală atât a terapeutului, cât și a celorlalți membri ai grupului. Dacă nu se realizează acest consens, existând o divergență a opiniilor, fără îndoială că această ieșire este prematură.

În cazul grupurilor închise încheierea psihoterapiei prin autodizolvarea grupului este deseori tergiversată, sub diverse pretexte amânată. În astfel de situații terapeutul va trebui să distingă dacă dorința membrilor de comuniune marchează un bun nivel de socializare sau, dimpotrivă, ascunde anxietatea în fața despărțirii și a drumului liber al vieții.

8. Specificul psihologic al grupului terapeutic

După cum s-a putut constata, în funcție de anumite caracteristici ale pacienților, ca și de calitățile și experiența terapeutului, fiecare grup își dezvoltă o configurație proprie și un anumit model al relațiilor interpersonale, cu standarde și valori proprii.

Pe de altă parte, în fiecare grup se dezvoltă o ambianță unică, o atmosferă de grup specifică, determinată de tipul pacienților, de stilul de conducere al grupului și de orientarea teoretică a terapeutului. Sinteza acestor elemente conferă specificitatea grupului care, într-un anumit sens, evocă unicitatea insului.

Bazată pe comuniune afectivă și interes reciproc al membrilor, atmosfera de grup specifică este totodată terapeutică. În acest cadru, pacientul nu vine numai cu propria sa tulburare, ci și cu o anumită experiență de viață, iar problemele individuale prezentate și analizate la nivelul grupului capătă profunde semnificații atât pentru el, care le-a ridicat, cât și pentru cei care au avut probleme, situații și trăiri asemănătoare. Totodată, pacientul, până atunci izolat, are surpriza să constate că se află într-un mediu care îl ascultă, îl acceptă și îl ajută să-și formuleze cu mai multă claritate problemele. Acest lucru este esențial întrucât, la început, în funcție de natura și gradul tulburării sale, pacientul are anumite limite în capacitatea de comunicare; mulți dintre ei sunt nu numai izolați și introvertiți, ci chiar autiști.

Între membrii grupului, care au același statut social, pacientul ia act de anumite idei care (deși până atunci erau străine modului său de gândire) pot fi asimilate, incluse în structura sa ideativă care se dovedise autoorientată și refractară influențelor exterioare. Acceptarea (dar și inacceptarea) unei idei sau conduite din grup mobilizează sistemul ideativ rigidizat al pacientului. În mod treptat, apare necesitatea de comunicare și de participare care se modelează cu experiența de grup. În atmosfera tolerantă a grupului și

apărat de grup, pacientul își exprimă gânduri pe care le credea inaccesibile comunicării, își expune punctele vulnerabile ale psihismului său; forța suportivă a grupului îl ajută în lupta cu propriile-i temeri și în efortul dezalienării și reconsolidării.

Cu toate că în general terapeutul intervine discret și rar, prezența sa în grup, ca și rolul său catalizator, constituie pentru pacient o garanție a faptului că el este acceptat, aprobat și susținut. Numai în această situație terapeutică specifică, în fapt unică, pacientul, depresiv sau obsesiv, introvertit sau autist, își poate exprima în mod autentic stările, trăirile și ideile, după cum se poate referi la terapeut sau la oricare membru al grupului. El se poate comporta astfel, atât pentru că este acceptat și încurajat de terapeut, cât și pentru că toleranța și înțelegerea constituie principiul călăuzitor al grupului, care îi oferă astfel certitudinea că nu va fi judecat și reprimat (așa cum atât de frecvent i s-a întâmplat), ci va fi înțeles, indiferent de ceea ce a afirmat sau de modul în care s-a comportat.

Prin faptul că membrii grupului provin din medii socio-culturale diferite, manifestările lor psihice fiind, de asemenea, diferite, participarea și intervențiile din grup sunt extrem de variate, fiind astfel foarte apropiate de cele ale vieții obișnuite. Experiența emoțională la care participă pacientul este susceptibilă să-i determine schimbări în răspunsurile emoționale și sociale, ca și în relațiile sale interpersonale. În ceilalți membri, egali lui, pacientul vede anumite aspecte ale imaginii sale, creându-se o situație favorabilă autoanalizei și comparării, fapt ce îl ajută să-și re-creeze o imagine personală mai realistă. Experiența terapeutică subliniază că această imagine reprimită de pacient nu este interferată de umbrele morbide ale celorlalți, ci este surprinzător de realistă, ca și cum ar fi reflectată numai de părțile sănătoase, luminoase ale personalității acestora. Fără îndoială însă că la obținerea acestei imagini realiste, contribuie și intervenția corectivă a terapeutului.

La rândul său, terapeutul are aici, în psihoterapia de grup, o largă și bogată perspectivă pentru o minuțioasă și veridică analiză psihologică, predominant orizontală, spre deosebire de psihoterapia individuală, unde, acționându-se de la suprafață în profunzime, de la prezent spre trecut, se obține o investigație verticală. Astfel, în grup, terapeutul va avea o viziune holistică, apreciind pacientul în ansamblul personalității sale, precum și situația acestuia în cadrul grupului, în fundal (**though as a background**), în prim-plan aflându-se detaliile individuale, concrete, așa cum le prezintă pacientul însuși.

9. Principalele procese psihologice care apar în grupurile psihoterapeutice

În dinamica psihologică a grupului terapeutic "s-au delimitat peste 200 procese de grup" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1409), sistematizate în funcție de factorii intelectuali, emoționali sau acționali implicați în apariția lor. Numai din punct de vedere teoretic aceste procese pot fi delimitate, întrucât, în practică, ele sunt corelate, interdependente, între ele existând, în plus, "similarități, interferențe și mutualități" (**Ibidem**). Succesul

psihoterapiei depinde de modul în care terapeutul, prin orientare, mod de abordare și tehnică, pune în acțiune aceste procese, adaptându-le și corelându-le problemelor particulare ale pacientului.

Printre cele mai importante procese psihologice care se dezvoltă în grupurile terapeutice, influențând evoluția stării psihice a pacienților, menționăm: universalizarea, coeziunea, identificarea, transferul, presiunea grupului, ventilația, catarsis-ul, abreacția, intelectualizarea și testarea realității.

9.1. Universalizarea ca mijloc de dizolvare a solipsismului.

Universalizarea constă în recunoașterea pacientului că în grup nu este singurul cu probleme emoționale, că și alți membri prezintă probleme întrucâtva similare. Constatarea faptului că fragilizarea sa nu este unică acționează ca un element tranchilizant și gratificant pentru pacient.

Prin mecanismele, ca și prin elementele sale (suport, altruism, sfătuire și reasigurare) care vor persista și se vor manifesta și în afara grupului, procesul de universalizare prezintă o importanță covârșitoare în psihoterapia de grup. Într-adevăr, încercând să stimuleze și să ajute un alt membru al grupului în găsirea unor moduri mai adaptate de a face față și de a rezolva conflictele, el devine un adevărat co-terapeut pentru acel co-pacient. Tot astfel, când ceilalți membri ai grupului încearcă a-l determina pe cel în cauză să se exprime deschis, risipindu-i anxietatea, inoculându-i un sentiment de optimism și speranță, ei se aseamănă cu un terapeut suportiv, empatic și colectiv. Acest proces de suport prin care un pacient caută să vină în ajutorul altuia (specific psihoterapiei în grup) impune un anumit grad de sacrificare a intereselor personale în favoarea co-pacientului sau a grupului. Dar acest sacrificiu al celui care acordă ajutor în cadrul grupului este benefic prin faptul că el:

- câștigă un plus de autostimă prin conștientizarea faptului că poate fi folositor altuia sau grupului;
- își întărește identitatea prin separarea propriilor probleme de ale celorlalți;
- învață un mod de relaționare utilă și realistă.

9.2. Coeziunea ca proces de valorizare a grupului terapeutic.

Coeziunea este procesul care valorizează grupul, conferind membrilor săi sentimentul apartenenței la grup. La rândul său, grupul prin nivelul său de toleranță (indiferent de varietatea comportamentelor și gradul lor de devianță) oferă membrilor un sentiment de securitate și apartenență. Datorită acestui fapt, relativ repede după intrarea în grup, pacienților le dispare sentimentul de alienare. Membrii grupului prezintă disponibilitatea de a suporta un anumit grad de frustrare și de a-și asuma responsabilitatea (unul pentru fiecare) în vederea atingerii scopului comun, de ameliorare sau de vindecare. Un grup este considerat coeziv, când fiecare membru al său este acceptant și suportiv, prezentând în același timp relații semnificative cu ceilalți.

Întrucât coeziunea corelează strâns cu ameliorarea, au fost elaborați anumiți parametri care indică gradul de coeziune al unui membru în cadrul grupului:

- dorința de asumare a responsabilității pentru funcționarea eficientă a grupului;
- atașamentul față de standardele grupului;
- receptivitatea față de opiniile celorlalți și efortul de a influența pe ceilalți asupra unor opinii validate în grup.

Terapeutul poate cunoaște astfel care membri ai grupului funcționează la un nivel coeziv și chiar gradul de coeziune al fiecărui membru din grup. Totuși, gradul coeziunii unui membru nu corelează pozitiv cu acela al ameliorării sale, întrucât anumite aspecte temperamentale sau o anumită conduită pot menține un nivel scăzut de integrare, dar nu împietează asupra gradului de ameliorare.

La nivelul grupului în ansamblu însă, putem considera că incidența ameliorării este în funcție de indicele coeziunii și integrării și de aceea terapeutul trebuie să procedeze astfel încât să crească gradul de coeziune a grupului. Totuși, grupul nu trebuie să devină foarte coeziv întrucât, în această situație, pacienții, găsind în grup ambianța de dorită securitate, abandonează scopul principal al terapiei de grup, și anume acela al funcționării independente.

9.3. Identificarea cu terapeutul.

Identificarea constă în adoptarea prin imitare conștientă sau inconștientă a atitudinilor, comportamentelor și valorilor modelului, respectiv a terapeutului. În psihoterapia individuală, prin identificarea cu terapeutul și imitarea calităților acestuia, pacientul încearcă să învețe noi moduri de adaptare. În psihoterapia de grup fiecare pacient are mai multe modele de identificare și încearcă să se identifice atât cu terapeutul, cât și cu un membru mai proeminent al grupului.

Identificarea are o puternică influență asupra dezvoltării personalității pacientului, care, îndeobște, urmează linia modelului. Tocmai de aceea trebuie să se manifeste atenție față de identificările cu modele negative care, în grup, sunt antiterapeutice și anticoezive.

9.4. Transferul ca atașament inconștient față de o persoană semnificativă.

În psihanaliza tradițională este considerat ca un atașament inconștient al unor sentimente și atitudini ale pacientului față de anumite persoane (considerate ca semnificative) din copilăria sa. În psihanaliza modernă s-a extins accepția noțiunii de transfer, fiind incluse și sentimente și atitudini conștiente pe care pacientul le dezvoltă față de o persoană semnificativă pentru el.

În mod obișnuit, **transferul** este **vertical**, adică între pacient și terapeut sau față de cineva înalt învestit, dar în psihoterapia de grup poate exista și **transfer orizontal**, între pacienți.

Stimularea transferului este un fenomen comun în cadrul procesului terapeutic întrucât pacientul, observând interacțiunea dintre membrii grupului, dezvoltă sentimente

care, în propriile antecedente, au fost reprimate sau suprimate. De asemenea, exprimarea de către un pacient a unor sentimente și atitudini față de un copacient sau față de terapeut determină o atitudine similară din partea altui pacient. De cele mai multe ori transferul este pozitiv, dar poate fi întâlnit și transferul negativ, care, în grup, este mai rapid dezvoltat și mai ușor exprimat decât în situația diadică.

9.4.1. Transferul multiplu apare cu precădere în situația de grup, când sentimentele și atitudinile (pozitive sau negative) se dezvoltă nu numai față de terapeut, ci și față de alți membri ai grupului ce reprezintă în mod simbolic persoane semnificative din trecutul pacientului. Transferul multiplu este pe deplin actualizat în jocul psihodramatic, atunci când pacientul, respectiv protagonistul, exteriorizează un fapt sau o situație prezentă sau trecută, cu un copacient (considerat în psihodramă ca **Ego auxiliar**). Ceilalți membri ai grupului beneficiază (și ei) de situație identificându-se cu unul sau altul din cei doi protagoniști, sau conștientizând conflicte similare din viața lor.

9.4.2. Transferul colectiv este un fenomen întâlnit numai în psihoterapia de grup cu bolnavi psihici și constă în personificarea patologică a grupului într-o figură transferențială (mamă sau tată) de către un membru. Astfel, pacientul, de obicei psihotic, poate personifica terapeutul ca o figură parentală și grupul în ansamblu ca pe altă figură parentală. Pozitiv sau negativ, transferul colectiv trebuie sesizat de către terapeut și anulat. El va orienta pacientul în cauză să diferențieze, să individualizeze membrii grupului și să răspundă fiecăruia ca unui ins concret, spre a-i putea dezvolta astfel pacientului capacitatea de minimalizare și înlăturare a acestei distorsiuni particulare.

9.4.3. Nevroza de transfer, întâlnită mai ales în psihoterapia individuală, constă în apariția unor convingeri false și a unei atitudini iraționale față de terapeut. În fapt, această nevroză poate fi considerată ca expresie a unui atașament transferențial excesiv față de terapeut sau față de copacient.

Spre deosebire de psihoterapia individuală, în psihoterapia de grup apariția nevrozei de transfer este dificilă și discutabilă întrucât:

- spre deosebire de psihoterapia individuală, în grup terapeutul nu-și poate menține poziția de analist aparent indiferent, el fiind aici mai activ, mai participativ și, în consecință, trăsăturile personalității sale vor fi mai evidente;
- în grup, sentimentele și atitudinile față de terapeut sunt mai diluate, mai slabe ca intensitate, întrucât sunt îndreptate și spre ceilalți membri ai grupului;
- un alt membru al grupului poate semăna în mai mare măsură (decât terapeutul) cu o figură semnificativă din trecutul pacientului, situație în care acest membru va deveni obiect transferențial major.

Cu toate acestea, mai ales în prima fază a tratamentului, există situații în care unii pacienți dezvoltă sentimente și atitudini intense, necorespunzătoare, față de terapeut, argumentând astfel existența nevrozei de transfer și în cadrul psihoterapiei de grup. Ea poate fi însă corectată și relativ ușor înlăturată prin confruntarea atitudinilor pacientului în cauză cu opiniile, desigur divergente, ale celorlalți membri ai grupului.

9.4.4. "Psihoza de transfer", ce poate fi denumită mai corect "reacție transferențială

psihotică", este o stare transferențială mai puțin flexibilă și mai greu analizabilă decât "nevroza de transfer". Veritabil "transfer fixat", acest proces psihic nu este întotdeauna negativ, ci poate fi și pozitiv, asemenea unei fixații erotice asupra terapeutului, la fel de rezistentă la interpretare și schimbare ca și aceasta.

Pozitivă sau negativă, reacția transferențială psihotică apare prin excelență în cadrul psihoterapiei individuale, de unde, de obicei, pacientul este transferat la grup. Aici, dacă transferul este pozitiv, anumite elemente ale acestuia se pot dispersa la ceilalți membri. De asemenea, grupul nu permite pacientului să-și întrețină fanteziile fixate asupra terapeutului. La rândul său, terapeutul își orientează atenția și asupra celorlalți membri ai grupului, fapt care, pentru pacientul index, constituie un mijloc de testare a realității, pe care îl oferă numai situația de grup. Dimpotrivă, dacă transferul este negativ, când constată reacțiile pozitive ale copacienților față de terapeut, pacientul nu-și mai poate menține atitudinea negativă, irațională față de acesta.

Pentru a evita apariția psihozei de transfer, terapeutul ține seama de anumite elemente predictive, și anume:

- analiza reacțiilor și fixațiilor pacientului față de persoane semnificative din copilăria sa;
- experiența terapeutică (anterioară) a pacientului.

9.5. Presiunea grupului.

În funcție de acreditarea și valorizarea celorlalți membri ai grupului, fiecare pacient din grup este susceptibil să-și modifice gândirea, sentimentele și conduita. Există clinicieni care supraestimează această influență modificatoare ce se exercită asupra insului prin presiunea grupului (care ar forța conformitatea și ar desființa individualitatea membrilor). Astfel, în legătură cu un anumit fapt din grup majoritatea membrilor au aceeași atitudine, creând așa-numita "normă de grup", care la rândul ei ar exercita presiunea de a se conforma asupra tuturor membrilor. În psihoterapie însă, pentru orice pacient schimbarea este concomitentă sau consecutivă înțelegerii și conștientizării "cauzalității istorice" a unui anumit simptom. Cu toate acestea, se consideră că "dacă se insuflă pacientului o motivație suficientă pentru modificare comportamentală, nu mai contează conștientizarea semnificației genetice sau dinamice a simptomului" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1410). De fapt, în grup, un pacient este întotdeauna motivat de întăririle primite din partea terapeutului și a membrilor grupului, fapt ce-i asigură acceptarea și adoptarea noului model comportamental propus.

9.6.Ventilația și catarsis-ul ca forme de exprimare liberă.

Ventilația și catarsis-ul sunt fenomene psihice înrudite, care apar în cadrul psihoterapiei individuale și de grup. Ventilația constă în exprimarea deschisă a unor gânduri intime, în timp ce catarsisul are în vedere evocarea unor sentimente și afecte care pot fi atașate gândurilor ventilate.

Ventilația este întotdeauna stimulată în cadrul psihoterapiei întrucât permite:
- ameliorarea anxietății și a sentimentelor de culpabilitate;
- furnizarea membrilor grupului a unor date asupra stării pacientului;
- stimularea asociațiilor la ceilalți membri ai grupului, întrucât exprimarea emoției unuia stimulează conștientizarea unei stări emoționale secundare la alt pacient al grupului prin așa-numitul fenomen de "contagiune emoțională".

Ventilația și catarsis-ul se află într-o anumită corelație care depinde de orientarea teoretică, stilul de conducere și compoziția grupului. Acești factori și în special compoziția grupului determină în mod practic stimularea ventilației sau a catarsis-ului. Astfel, dacă într-un grup cu un slab control al impulsurilor și un tonus emoțional ridicat catarsis-ul nu va fi stimulat, într-un grup obsesiv-compulsiv, care este mai cenzurat emoțional, catarsis-ul va fi facilitat și încurajat. Totodată, în funcție de stilul de conducere, manifestările emoționale puternice pot fi încurajate sau în mod activ suprimate, flexibilitatea liderului și anumiți parametri ai grupului favorizând o atitudine sau alta.

9.7. Abreacția ca experiență terapeutică a retrăirii evenimentelor și a sentimentelor.

Abreacția, fenomen înrudit cu catarsis-ul, constă în retrăirea evenimentelor trecute și a emoțiilor asociate lor. Întrucât pacientul este capabil să recunoască relația dintre atitudinile iraționale actuale și stările emoționale trecute, abreacția presupune un anumit grad de înțelegere și conștientizare a tulburării emoționale. Cu toate că provoacă această tulburare, abreacția reprezintă o experiență terapeutică majoră. Tocmai de aceea, prin anumite procedee, terapeutul trebuie să încurajeză acest proces în mod oportun, și anume:
- numai atunci când pacientul este bine integrat în grup;
- când grupul este capabil de a oferi pacientului suportul necesar pentru abreacție.

Dacă aceste condiții nu sunt îndeplinite și mai ales dacă abreacția nu este bine plasată în timp, provocarea ei poate determina o decompensare psihică.

Din perspectivă psihanalitică este descrisă așa-numita "**abreacție motorie**", care constă în trăirea unei pulsiuni inconștiente pentru manifestare fizică. Astfel, anumite stări emoționale sunt ilustrate clinic prin fenomene fizice particulare cum sunt posturile, manierismele, paraliziile isterice sau anumite tulburări psihosomatice.

9.8. Intelectualizarea ca disponibilitate de cunoaștere și stăpânire a realității.

Intelectualizarea, fenomen psihic mai complex și mai elaborat, implică o cunoaștere conștientă despre sine și despre ceilalți, ca și o experiență de viață variată, răspunzătoare de funcționarea psihică actuală. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie să înțeleagă cum se reacționează "acum și aici" și să fie conștient de tranzacțiile curente pe care le realizează la nivel interpersonal în cadrul grupului. Atitudinea celorlalți față de răspunsurile și atitudinea pacientului la diverse situații servește acestuia ca sursă de

învățare. Astfel, pacientul este ajutat să-și evalueze propriile-i mecanisme de apărare și moduri de a face față, creându-se premise de perfecționare a relaționării sale. Interpretarea, care vine de la terapeut sau de la ceilalți membri ai grupului, oferă în continuare pacientului cadrul cognitiv prin care se poate înțelege mai bine pe sine.

Intelectualizarea per se nu duce în mod necesar la schimbare; aceasta presupune învățare, care nu poate fi asigurată decât dacă la intelectualizare se adaugă factori experiențiali. De fapt conceptul (ca și procesul pe care îl cuprinde) de **experiență emoțională corectivă** implică o combinație a celor doi factori: intelectual și experiențial. Cu toate că actualmente terapeuții se autodenumesc și se împart în cognitiviști și experiențialiști, o psihoterapie eficientă nu poate fi obținută decât prin integrarea celor doi factori: intelectual și experiențial în procesul corectiv. Aceasta poate fi realizată în mod efectiv numai în condițiile în care pacientul, bazat pe o cunoaștere conștientă despre sine și despre ceilalți, trăiește și exprimă stări emoționale particulare.

9.9. Testarea realității, ca disponibilitate de evaluare obiectivă a lumii.

Testarea realității este definită în mod succint drept capacitatea de evaluare obiectivă a lumii. Cu alte cuvinte, pentru o corectă testare a realității, cel în cauză trebuie să fie conștient de sine și de ceilalți, așa cum sunt și ei. Interacțiunile umane potențiale, susceptibile de a măsura capacitatea de testare, sunt extrem de numeroase, întrucât, numai între două persoane care interacționează trebuie să se țină seama de:

- ce crede fiecare despre sine;
- ce vrea fiecare să creadă celălalt despre el;
- ce este fiecare în realitate.

Cu toată complexitatea procesului validării consensuale din cadrul grupului, acesta, într-o anumită perioadă de timp, poate delimita și defini realul și imaginarul cu privire la fiecare membru al său. Întrucât fiecare membru al grupului își comunică gândurile și sentimentele față de ceilalți (care prin analiza și atitudinea lor corectează opiniile și sentimentele eronate care au fost comunicate), situația de grup servește ca for de testare a realității. Într-adevăr, prin atitudinea lor deschisă și autentică, terapeutul și ceilalți membri ai grupului pot corecta eventualele opinii distorsionate ale pacientului index, care, prin această instanță de validare, își dezvoltă capacitatea de tot mai bună testare a realității.

Spre deosebire de psihoterapia individuală (bazată în special pe relatările pacientului asupra experienței sale), psihoterapia de grup permite observarea comportamentului interpersonal direct în situația de grup, unde realitatea socială a pacientului poate fi mai bine înțeleasă. Astfel, pentru mulți pacienți, grupul poate re-crea o situație familială și poate produce re-trăirea tensiunilor și conflictelor familiale anterioare. Această situație este posibilă întrucât, în grup, ceilalți membri pot funcționa ca substituți ai tatălui, mamei sau ai fraților pacientului. În relațiile cu aceștia, în cadrul grupului pacientul este ajutat să realizeze o disjuncție între reacțiile adecvate la stimulii actuali și reacțiile determinate de conflictele trecute.

10. Grupul ca factor terapeutic

Apărută și dezvoltată din necesitatea practică impusă de numărul tot mai mare al pacienților (comparativ cu posibilitățile terapeuților), psihoterapia de grup se menține în actualitate nu atât prin rațiuni economice, cât mai ales prin succesele ei terapeutice. Într-adevăr, încă din etapa ei de afirmare, a fost recunoscut în mod unanim faptul că valoarea psihoterapiei în grup "nu constă numai în aceea că este economică în termeni de timp, personal și bani" (**A. J. Enelow** și **M. Wexler**, 1966, p. 327), ci și în eficiența ei incontestabilă într-o mare varietate de tulburări psihice.

10.1. Rolul esențial al grupului în procesul de ameliorare și vindecare.

Numeroși pacienți, prin caracterul tulburării lor, au nevoie de viața și atmosfera grupului, unde înregistrează ameliorări semnificative, iar alții, care nu au o evoluție favorabilă în psihoterapia individuală, beneficiază în mod rapid și elocvent de această formă colectivă de tratament. În grup, prin comunicările verbale care se stabilesc între pacienți, ca și prin relațiile interindividuale care apar și se dezvoltă în cursul procesului terapeutic, va apărea o atmosferă de înțelegere, toleranță și securizare pentru fiecare participant.

La rândul său, terapeutul, învestit inițial cu autoritate, adoptă o atitudine de înțelegătoare neutralitate, căutând să acrediteze ideea că, în grup, singura autoritate o constituie grupul. Această investire a grupului (ca de altfel și valoarea sa terapeutică) se dezvoltă numai în măsura în care el nu condamnă, nu sancționează, ci, dimpotrivă, înțelege, tolerează și încurajează.

Cu toate că în mod obișnuit membrii grupului sunt diferiți ca vârstă, sex, personalitate și entitate nosografică, ei au în comun tulburarea psihică și scopul înlăturării acesteia. Totodată, grupul are ca deziderat suportul reciproc ce este realizat prin discutarea în grup a problemelor personale. Participarea la dezbaterea conduitei și trăirilor altuia creează între pacienți o legătură afectivă care, printr-un proces de continuă structurare, face din grup o entitate. Aceasta conține un real potențial terapeutic, procesul de vindecare fiind aici determinat nu atât de către psihoterapeut, cât mai ales de forțele sanogenice ale grupului însuși. În plus, potențialul terapeutic din grup va fi clădit și "pe sinceritatea cu care membrii săi își relevă preocupările și conflictele, contribuind astfel la realizarea unui climat al grupului" (**H. J. Walton**, 1983, p. 656). Ambianța și situația de grup conferă, nu numai terapeutului ci și fiecărui membru al grupului, un anumit statut de responsabilitate, ca și reala posibilitate de a acționa ca un agent terapeutic.

Încercând o sistematizare a elementelor terapeutice care contribuie la crearea atmosferei grupului, conferind acestuia o valoare terapeutică, menționăm:

- comuniunea afectivă întâlnită în grup, pacientul constatând astfel că nu este singur în nefericirea sa;
- impresia, care se transformă apoi în convingere, că ceilalți prezintă disponibilitatea

și dorința de a-l ajuta;

- înțelegerea și toleranța pe care pacientul le constată în grup constituie pentru el un fapt surprinzător, de care până acum a fost frustrat;

- atmosfera securizantă a grupului, în care interdicția este înlocuită cu explicația, de unde a fost exclusă orice pedeapsă sau atitudine impusă;

- posibilitatea reevaluării sau abandonării distorsiunilor cognitive prin feedback-ul grupului cu valențe corective;

- posibilitatea de a adopta și de a experimenta (fără teama că astfel va risca) noi atitudini, conduite și comportamente, pe care nu și le-a permis în antecedente.

Aceste aspecte, cunoscute și sub denumirea de "factori curativi" sau "factori terapeutici", "care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a unui pacient", (**N. Kanas, D. Farrell**, 1984, p. 555) trebuie cunoscuți și mânuiți de către terapeut, dar, într-o anumită măsură și de către pacient. În acest scop ei au fost analizați de către **S. Bloch** et al. (1981), care consideră că cei mai importanți factori (din perspectiva terapeutului) sunt: acceptarea, interacțiunea, autodezvăluirea, catarsis-ul, clarificarea, altruismul, învățarea, orientarea și insuflarea speranței.

Pe de altă parte, studiul factorilor terapeutici, apreciați din perspectiva pacienților, a fost efectuat de **I. D. Yalom** (1975) asupra pacienților din două grupuri de psihoterapie (aflați în cură ambulatorie și în cadrul spitalului). La încheierea psihoterapiei pacienții au primit o listă care cuprindea 12 factori terapeutici, cu recomandarea de a-i ordona în funcție de importanță și utilitate.

Printre factorii cei mai importanți selecționați de către pacienții nespitalizați se menționează:

- feedback-ul pe care îl oferă grupul asupra comportării lor interpersonale;
- ocazia de a da curs unor sentimente reprimate;
- sentimentul că sunt acceptați de către alții;
- descoperirea unor motive inconștiente ale conduitei lor.

Factorii reținuți de către pacienții spitalizați au fost:

- sentimentul de optimism insuflat de constatarea ameliorării celorlalți;
- sentimentul că sunt acceptați de către ceilalți;
- ameliorarea autostimei prin posibilitatea oferită de a-i ajuta pe alții;
- sentimentul că nu mai sunt izolați.

Fără îndoială că acești factori sau cel puțin ordonarea lor este în funcție de orientarea teoretică a grupului, stilul de conducere, compoziția, structura, coeziunea, durata funcționării grupului, ca și alte criterii. Cu toate acestea există anumiți factori terapeutici comuni tuturor grupurilor, indiferent de natura, de structura sau de orientarea lor.

10.2. Factori care înhibă spiritul de grup diminuând valoarea terapeutică a grupului.

În afara reținerilor inerente începutului oricărei psihoterapii de grup, numeroși

factori inhibitori pot surveni în cursul desfășurării curei, perturbând atmosfera terapeutică a grupului. Unii factori inhibitori sunt ocazionați de pacienți (care ezită să intervină sau, dimpotrivă, monopolizează discuția), în timp ce alții sunt determinați de terapeut, prin interpretare excesivă sau explicații excesive.

Momentele de tăcere, întâlnite mai ales în primele ședințe, par la fel de penibile ca acelea ocazionate de situația în care două sau mai multe persoane care s-au cunoscut recent nu găsesc o temă pe care să o considere oportună în vederea inițierii discuției. Pentru grupurile tinere sau de femei, ca și pentru terapeutul începător, aceste momente sunt greu tolerabile, căutându-se curmarea tăcerii. Uneori, în această atmosferă stânjenitoare sau chiar anxioasă, unul din membrii grupului, cu o mai mare sensibilitate, încearcă de obicei printr-o temă banală, să inițieze o conversație. De cele mai multe ori, pacientul cel mai retras și mai reținut este cel care suprimă tăcerea. Aceasta este însă încărcată de sensuri și susceptibilă să aducă informații utile asupra stării psihice a pacienților. Tocmai de aceea întreruperea tăcerii nu va fi făcută de către terapeut, care trebuie să știe că tăcerea reprezintă un mod implicit și totodată important de comunicare, ea ilustrând tensiunea afectivă, starea meditativă (consecutivă unei analize sau interpretări din grup), perplexitatea sau starea potențial-explozivă.

Noul venit (a cărui situație a fost analizată în paragraful privind organizarea grupului terapeutic) poate fi terapeut asistent sau, în cazul grupurilor deschise, pacient. Dacă este vorba de un terapeut-asistent venit în schimb de experiență, pentru ca prezența sa să nu perturbe dinamica psihologică din grup, va fi prezentat de către psihoterapeut, care va cere totodată acceptiunea membrilor pentru ca el să poată asista la ședințele grupului.

Dacă este vorba de un nou membru, reacția față de el va fi în funcție de atmosfera psihologică din grup și de abilitatea terapeutului în a-l face cunoscut grupului.

Pacientul care monopolizează discuția, de obicei ciclotim expansiv, hipomaniacal sau isteric, are permanent ceva de comunicat, indiferent de tema aflată în discuție. Prin intervențiile sale numeroase și susținute, un astfel de pacient exercită un efect inhibitor în primul rând asupra celor introvertiți sau autiști. Pe măsura maturizării grupului, pacientul "monopolist" este limitat în discuții, fiind instructiv ca această atitudine să vină mai ales de la ceilalți pacienți decât de la terapeut.

Pacientul retras, autist sau inhibat, deși nu intervine în mod activ, participă la viața grupului, beneficiind mai mult decât monopoliștii de psihoterapie. Deseori el intervine spontan în momentele de tăcere, ilustrând astfel participarea sa continuă, cu toate că stimularea intervențiilor sale nu este urmată întotdeauna de rezultatele scontate.

Pacientul care provoacă anxietate, prezintă în mod virtual un anumit grad de agresivitate, prin conduita sa rigidă, ca și prin "atacurile" verbale, uneori neprovocate; mai ales în rândul membrilor care au deja un grad sporit de suspiciune și de sensibilitate, conduita unui astfel de pacient poate determina un anumit grad de anxietate. În general, se recomandă ca pacienții potențial agresivi să nu fie primiți în grup; dacă însă agresivitatea lor este aparentă, formală, se poate interveni conciliator, familiarizând în același timp grupul cu conduita lor. Unii terapeuți consideră însă că grupul are nevoie de

acești pacienți generatori de anxietate pentru a evidenția anxietatea latentă a celorlalți membri și a o discuta, pregătindu-i astfel pentru viața socială propriu-zisă, care implică și elemente anxiogene.

Explicațiile excesive din partea terapeutului pot, de asemenea, să inhibe inițiativa și participarea membrilor, predispunându-i la o atitudine pasivă, nonparticipativă. Este adevărat că prin aceste explicații ale terapeutului, pacientul își poate însuși unele cunoștințe psihiatrice, pe care însă nu le va putea utiliza niciodată. La rândul său, terapeutul are datoria să evite prelegerile de popularizare psihiatrică și să reziste tentației de a răspunde întrebărilor grupului, reamintind membrilor dezideratul terapiei, și anume sprijinul reciproc și prin grup, pe baza faptelor puse în discuția grupului.

Interpretarea excesivă, se constată în special la terapeuții tineri, la cei începători, ca și la cei care adoptă orientarea psihodinamică, ce au tentația interpretării excesive a fenomenelor din grup. Astfel, gesturile sau cuvintele pacienților devin pentru ei obiectul unor dizertații savante. Desigur, acest procedeu poate inhiba intervențiile ulterioare ale pacienților, care ajung să-și analizeze singuri ceea ce intenționează să spună. În plus, pacienții nu vor învăța să interpreteze și nici nu se vor ameliora prin raționalizări și decodificări sofisticate ale propriilor intervenții, ci printr-o desfășurare emoțională, dinamică, bazată pe faptele vii ale vieții.

Acești factori inhibitori iatrogeni (și în primul rând explicațiile, raționalizările și interpretările excesive) trebuie să facă loc discuției problemelor și simptomelor membrilor, știut fiind că orice abordare psihologică de succes are în vedere o terapie a concretului, a autenticului și a adaptării la realitate.

10.3. Salonul de pacienți ca o unitate terapeutică de grup deschis, heterogen.

Un salon de psihiatrie poate fi considerat o comunitate și a fost comparat cu o mică societate. Dacă în mod tradițional salonul este apreciat ca o comunitate clinică, în condițiile psihoterapiei colective el poate fi transformat în comunitate terapeutică. În linii generale, aceasta implică o anumită structurare și organizare, capabile de a oferi interacțiuni sociale. În acest context se înscrie și terapia de mediu, care utilizează disponibilitățile de relaționare și într-ajutorare ale pacienților, corelate cu activitatea de îngrijire a echipei terapeutice.

Asemenea unui grup deschis, heterogen, salonul primește noi membri, în timp ce alții, ameliorați, părăsesc grupul, respectiv salonul. Medicul de salon joacă rolul terapeutului, al liderului, în timp ce psihologul și alți membri ai echipei terapeutice sunt coterapeuți.

Întâlnirea zilnică din salon constituie principala tehnică terapeutică și va respecta modul de desfășurare al ședinței de psihoterapie în grup. În mod concret, se constată comportamentul pacienților și are loc o examinare a problemelor curente ale salonului. Membrii grupului încearcă să explice evenimentele din salon sau incidentele survenite de la ultima întâlnire și pot primi sarcini de asistență în vederea evitării reeditării acestor incidente. Preluarea unor sarcini ale personalului de către pacienți (în postura de membri

ai grupului) determină reducerea dependenței acestora și creșterea stimei de sine.

Se recomandă ca terapeutul să adopte o conduită directivă și în același timp democratică, având grijă să nu transforme conducerea grupului într-un control autoritar al salonului. Ședințele zilnice ale grupului pot fi urmate de scurte ședințe ale personalului care analizează evenimentele constatate și examinează informațiile obținute la întâlnirea anterioară a grupului. Această întâlnire a personalului are o dublă importanță, terapeutică și didactică, întrucât, aici, membrii echipei își analizează reciproc atitudinea față de membrii grupului și contribuția lor la îmbunătățirea atmosferei terapeutice a grupului. Considerăm că aceste întâlniri secundare ale membrilor echipei terapeutice constituie veritabile grupuri "T", de antrenament și o exersare a abilităților profesionale.

În cadrul ședinței primare din salon (pe lângă metodologia cunoscută a desfășurării ședinței de psihoterapie), terapeutul introduce anumite tehnici particulare, printre care menționăm:

- **confruntarea**, prin care participanții la un eveniment petrecut în salon sau în spital să îl analizeze în ședință, fiecare insistând asupra modului în care el a fost implicat și al rolului pe care l-a jucat în evenimentul dat;
- **sincronizarea**, care de fapt constă în analiza neîntârziată (ce nu permite amânarea) a evenimentului la care au participat unii membri ai grupului;
- **comunicarea deschisă**, care are în vedere capacitatea fiecărui membru de a relata în mod sincer, autentic, modul în care a fost implicat și alte aspecte asupra faptului sau evenimentului anterior desfășurat.

Considerăm că aceste tehnici particulare, ca și altele asemănătoare, constituie veritabile condiții ale dezvoltării capacității de relaționare și ale învățării sociale.

11. Psihoterapia în grup din perspectivă psihanalitică

În acest paragraf prezentăm problema psihoterapiei psihanalitice de grup mai sus amintită, care încă de la apariția sa a fost respinsă dar și acceptată, uneori invocată, fiind și astăzi la fel de controversată. În legătură cu aceasta, psihanaliștii tradiționali, "puri", susțin că, de fapt, psihoterapie psihanalitică de grup, din punct de vedere teoretic și metodologic, nici nu poate exista, psihoterapia psihanalitică fiind exclusiv diadică. Alți psihanaliști, moderni, care au făcut numeroase concesii metodei spre a o putea menține în actualitate și, mai corect spus, în practică, au încercat o extrapolare a tehnicilor psihoterapiei psihanalitice individuale la ceea ce ei au denumit psihoterapie psihanalitică de grup. Rezultate ale acestei tentative nu ne sunt cunoscute.

Există însă și o a treia situație, în care se încearcă o adaptare a principiilor și tehnicilor psihanalitice la grupurile terapeutice. Fără îndoială că această abordare impune cunoașterea de către terapeut atât a demersului psihanalitic, cât și a dinamicii proceselor de grup. Din această perspectivă, elementele care se impun atenției au în vedere:

- relațiile transferențiale între membrii grupului;

- analiza transferului grupului și a fiecărui membru din grup asupra terapeutului;
- contratransferul terapeutului asupra grupului, ca și asupra fiecărui membru al acestuia.

În cadrul grupului, psihoterapeutul trebuie să păstreze o atitudine rezervată, care, pentru pacienți, cel puțin la începutul curei, va fi frustrantă, fără însă, ca prin aceasta el să favorizeze o regresiune a grupului. Interpretările terapeutului se fac pe baza analizei rezistențelor, în raport cu ceea ce se petrece "acum și aici", materialul rezultat fiind integrat în trecutul personal al membrilor. De asemenea, terapeutul are în vedere evenimentele declanșate de interrelațiile membrilor și le interpretează pe un plan transferențial în cadrul lui **hic et nunc**.

Unii psihanaliști însă, cu toate că păstrează principiile psihanalizei, nu utilizează tehnicile analitice de interpretare, realizând numai "o psihoterapie individuală în sens colectiv". În accepția lor, pacienții trebuie să depășească atitudinile oedipiene, care se opun unei integrări sociale propriu-zise. Acestor pacienți, grupul le permite să treacă de la Supraeul infantil (rezultat al interiorizării interdicțiilor parentale) la un Supraeu social-adaptat.

Printre tehnicile folosite în această aplicare a psihoterapiei psihanalitice menționăm analiza viselor și asociația liberă.

Analiza viselor decurge după anumite procedee tehnice, fiind întrucâtva modificată față de psihoterapia individuală în sensul că:
- se evită orice instructaj inițial al pacienților;
- se neglijează conținutul de ansamblu al visului, solicitând pacientul să spună ce evenimente din ziua precedentă sunt asociate cu visul;
- se determină asociații cu un singur element particular din vis;
- se determină asociații cu toate elementele posibile din vis, în ordinea în care au apărut ele în cadrul activității onirice.

În psihoterapia de grup aceste asociații vin de la pacientul în cauză, cât și de la ceilalți membri ai grupului. După analiză, pacientul înregistrează o stare de ameliorare întrucât, în accepție psihanalitică, visul servește pentru comunicarea unui material pe care el nu este capabil să-l ventileze. Oricum, după includerea unui pacient în psihoterapia de grup se constată o schimbare a conținutului viselor, în sensul apariției mai multor figuri umane și a unei intensificări a activității interpersonale.

Asociația liberă din grup se distinge prin faptul că gândurile și sentimentele expuse de un pacient sunt urmate de gândurile și sentimentele altuia, urmând (sau nu) o relație logică. Terapeutul trebuie să găsească o temă comună, să examineze modul în care aceasta se aplică fiecărui membru și să încurajeze spontaneitatea și discuția liberă.

Anxietatea și principalele mecanisme de apărare a Ego-ului în psihoterapia psihanalitică de grup. Maturizarea emoțională și dezvoltarea psihică generală a membrilor grupului, ca rezultat al interacțiunii colective, impune analiza surselor anxietății pacienților și a mecanismelor de apărare a Ego-ului, mai frecvent implicate în aceste procese. Din această perspectivă psihanaliza are în vedere anxietatea legată de autoritate

și anxietatea față de egali.

Anxietatea legată de autoritate este întâlnită la pacienții a căror problemă psihică majoră este axată asupra relațiilor cu autoritatea. Anxietatea acestor pacienți crește în prezența figurii autoritare și de aceea ei întâmpină dificultăți în cadrul psihoterapiei individuale, temându-se de dezaprobarea terapeutului. Pacienții se comportă mult mai bine în situația de grup, unde ceilalți membri îi ajută să constate că terapeutul este mult mai puțin punitiv și autoritar decât l-au considerat inițial. În special adolescenții dezvoltă anxietate față de autoritate și de aceea, în grup, ei se raportează mai realist la terapeut decât în cadrul relației diadice.

Anxietatea față de egali apare mai ales la cei care au fost izolați față de egalii lor ori au avut relații negative cu aceștia. Unii pacienți depresivi, obsesivi, sau cei cu personalitate schizoidă reacționează negativ atunci când sunt plasați în situația de grup, deși ei aici au șansa învățării și adoptării unor noi moduri de relaționare net superioare celor din cadrul psihoterapiilor individuale.

Mecanismele de apărare a Ego-ului sunt considerate de psihanaliză ca procese mentale folosite de pacient pentru a se putea apăra de invazia anxietății și de trăirea conștientă a acesteia; totodată, ele îl ajută pe pacient să facă față stresurilor interne și externe.

Mecanismele de apărare "sunt analizate în orice formă de psihoterapie" (**B. P. Sadock**, 1985, p. 1406), dar considerăm că ele constituie apanajul psihoterapiei psihanalitice, unele dintre acestea fiind semnificative pentru psihoterapia în grup. Mai mult, constatarea acestor mecanisme în cadrul analizei clinice sau al psihoterapiei individuale ar putea constitui un indiciu în vederea îndrumării pacientului pentru psihoterapia de grup. Printre aceste mecanisme se citează proiecția, reprimarea, suprimarea, denegarea, transferul etc.

Proiecția constă în atribuirea celorlalți a unor impulsuri pe care pacientul le găsește inacceptabile pentru el. În consecință, pacientul distorsionează aspecte ale realității lumii externe, blamând pe ceilalți pentru propria sa inadaptare și pentru eșecurile sale. Acești pacienți evită să vorbească despre ei și refuză introspecția, care i-ar duce la dezvăluirea ideilor și tendințelor ce-i culpabilizează.

În cadrul psihoterapiei individuale pacienții sunt incapabili să stabilească o relație adecvată și utilă cu terapeutul datorită tendinței de a proiecta asupra acestuia idei, sentimente și atitudini negative.

Psihoterapia de grup slăbește mecanismul proiectiv întrucât ceilalți membri confruntă în mod constant pacientul cu propriile sale distorsiuni cognitive, ceea ce determină producerea analizei introspective. Cu toate că observațiile (celor care folosesc acest mecanism de apărare) asupra altora pot fi exacte, ei găsesc întotdeauna la ceilalți defectele pe care ei le au. În ceea ce îl privește, terapeutul trebuie să recomande celui în cauză să își înceapă comentariile cu pronumele personal "eu", încurajându-i astfel introspecția.

Denegarea, reprimarea și suprimarea sunt mecanismele de apărare cel mai

frecvent întâlnite și se caracterizează prin tendința pacientului de eliminare din conștiință a ideilor, sentimentelor, pulsiunilor, amintirilor, ca și a tuturor experiențelor mentale care ar putea constitui o amenințare pentru:

- imaginea sa despre sine;
- imaginea pe care dorește să o aibă ceilalți despre sine.

Denegarea se referă în primul rând la existența tulburării sau bolii psihice, dar feedback-ul realizat prin ceilalți membri ai grupului constituie pentru pacient un prim reper referitor la existența tulburării sale.

Reprimarea este un mecanism asemănător denegării și se desfășoară în afara conștiinței persoanei. Uneori, când este stimulat (dar și în mod inconștient), materialul reprimat poate invada conștiința înainte de a fi în mod efectiv asimilat, situație în care pacientul este cuprins de anxietate.

Suprimarea constă în înlăturarea conștientă a informației (despre sine) susceptibile de a genera rușinea, anxietatea sau culpabilitatea. Acest mecanism de apărare se bucură în grup de cea mai adecvată abordare (aici, pacientul relevându-și cele mai intime trăiri) întrucât are convingerea că și ceilalți prezintă idei, sentimente și speranțe similare.

Transferul (discutat în cadrul proceselor psihologice care apar în grupurile terapeutice și în relațiile diadice) constă în analiza distorsiunilor atitudinilor pacientului față de terapeut. Caracteristic tuturor psihoterapiilor de profunzime, transferul nu poate fi neglijat nici în psihoterapia de grup cu orientare psihanalitică. În analiza transferului se pornește de la premisa că pacientul reacționează față de terapeut în aceeași manieră în care a acționat față de persoane semnificative din viața lui trecută. Tocmai de aceea analiza și interpretarea transferului sunt susceptibile să favorizeze maturizarea emoțională a pacientului.

Analiza mecanismelor de apărare ale Eului, ca și conștientizarea (readucerea în conștiință a) tendințelor refulate, constituie cele două sarcini principale ale psihoterapiei de grup cu orientare psihanalitică. Pentru ca această analiză să fie eficientă, terapeutul va stimula pacientul spre comunicarea liberă a tot ceea ce se află în mintea sa, fără nici un fel de autocenzură. În psihoterapia psihanalitică însă, din tot ce comunică pacientul se ia în considerație numai acea parte a psihicului denumită "inconștient", unde sunt "refulate" tendințe, pulsiuni și afecte, elemente care în stare de boală sunt susceptibile să apară sub forma unor simptome sau manifestări psihopatologice.

Spre deosebire de această psihoterapie psihanalitică de grup, axată pe principiile psihanalizei tradiționale, psihoterapia în grup cu orientare psihanalitică, prezintă unele aspecte noi (în opinia noastră veritabile concesii făcute bunului simț și realismului clinic), dintre care ne vom referi aici numai la trei aspecte:

- în locul atitudinii de nondirectivitate și de "binevoitoare neutralitate", preconizate de psihoterapia psihanalitică tradițională, psihoterapia de grup cu orientare psihanalitică recomandă **o intervenție și o participare tot mai activă a terapeutului în grup**, în vederea stimulării proceselor intrapsihice și a interacțiunilor pacientului;
- dacă psihanaliza tradițională caută cu obstinație în antecedentele timpurii ale

pacientului carența afectivă și situațiile frustrante, **psihoterapia de grup** cu orientare psihanalitică **pune accent pe trecutul imediat și pe prezent**, pe acel **"hic et nunc" (the here and now)** al situației terapeutice;

- concepția privind baza sexuală a simptomelor, elaborată de psihanaliza tradițională, este lăsată în umbră de către **psihoterapia** de orientare **psihanalitică actuală, care aduce în prim-planul preocupărilor problemele de inadaptare și dificultățile de integrare și de relaționare.** Nu numai concepția "pansexualistă" a fost depășită (dacă într-adevăr a fost vreodată astfel acreditată), ci și nota de nestânjenită afirmare a problematicii sexuale. De fapt, retragerea investițiilor în ceea ce privește rolul sexualității în etiopatogenia tulburărilor psihice este bazată pe numeroase și pertinente argumente. Dintre acestea citâm aici numai observația conform căreia în Tahiti (ca dealtfel și în alte culturi) unde libertatea sexuală este proverbială (cel puțin în concepția europeană), "incidența bolilor psihice nu este mai puțin marcată decât în alte părți ale globului" (**E. Berne**, 1966, p. 83).

12. Clasificarea psihoterapiilor în grup

Există numeroase criterii de clasificare a psihoterapiilor în grup, în funcție de:

- **gradul de omogenitate a grupului** (în ceea ce privește vârsta, sexul, apartenența nosografică sau modul de manifestare a simptomelor) conform căruia grupurile pot fi omogene, heterogene sau intermediare;

- **dinamica participării membrilor la activitatea de psihoterapie**, după care se descriu grupuri închise, deschise sau lent-deschise;

- **nosografia** reprezentată în cadrul grupului, care poate cuprinde nevroze, psihoze, tulburări de personalitate, alcoolism, obezitate etc.;

- **stilul de conducere al grupului**, în funcție de care pot fi grupuri suportive, revelatoare, cu abordare "acum și aici" (în care accentul se pune pe activitatea în sine a grupului) sau "acolo și atunci" (când se subliniază evenimente și activități trecute, care au apărut înainte și în afara grupului) etc.;

- **modul de acțiune din cadrul grupului**, care poate fi experimental sau didactic, de inițiere sau de grup propriu-zis terapeutic;

- **procesele și mecanismele proeminente desfășurate în grup**: proiecția și interpretarea sau, dimpotrivă, interacțiunile pacienților din grup;

- **scopurile specifice urmărite de grupurile terapeutice**: atenuarea simptomelor, rezolvarea problemelor intrapsihice și interpersonale sau modificarea personalității;

- **bazele teoretice ale funcționării grupului**: psihanalitică, interacțională, analiza tranzacțională, existențială, comportamentală etc.; cele mai multe grupuri psihoterapeutice utilizează principii teoretice combinate într-o abordare eclectică, ce oferă terapeutului un câmp mai larg de acțiune în vederea satisfacerii nevoilor pacienților.

Criteriile mai sus menționate pot fi combinate, obținându-se o nouă sistematizare

a psihoterapiilor în grup, conform criteriilor: psihologic sau structural și dinamic sau tehnic.

12.1. Criteriul psihologic sau structural, are în vedere atitudinea terapeutului sau starea sa de Ego în cadrul grupului și distinge:

- **atitudinea parentală (starea de Ego parental)**, situație în care procesul terapeutic este axat pe ceea ce în mod obișnuit se numește "suport", sugestiile și sfaturile conferind conținut acestei psihoterapii de susținere;

- **atitudinea de adult (starea de Ego adult)**, în cadrul căreia intervențiile terapeutului constau mai ales în explicații, confruntări și interpretări;

- **atitudinea infantilă (starea de Ego infantil)**, care-și găsește expresie în activitatea grupurilor de psihoterapie cu copii.

12.2. Criteriul dinamic sau tehnic, vizează fundamentarea teoretică a psihoterapiei și modul de abordare al terapeutului, în funcție de care se descrie:

- **psihoterapia analitică de grup**, în care se tratează grupul însuși, ca o entitate care nu constă în suma membrilor săi, acțiunea terapeutică fiind axată asupra fenomenelor în care este implicată viața grupului în ansamblul său; întrucât se pune accent pe studiul global și sintetic al grupului, unii pacienți ies mai greu din această formă de terapie care le conferă un sentiment de apartenență la grup;

- **psihoterapia psihanalitică de grup**, în care se studiază activitățile inconștiente, fanteziile, apărările și rezistențele membrilor (individuali) ai grupului; rezultatele acestei psihoterapii sunt controversate, unii terapeuți descriindu-le ca net pozitive, în timp ce alții consideră că ele se bazează pe "altceva" decât pe psihanaliză;

- **psihoterapia prin "analiză tranzacțională"**, care constă în investigarea legăturilor și tranzacțiilor ce apar în cursul ședințelor, neglijându-se orice concepție globală asupra grupului; această metodă este acreditată cu obținerea mai rapidă a rezultatelor, care sunt mai stabile și mai favorabile decât cele obținute prin alte psihoterapii de grup.

Problemele abordate de către psihoterapia în grup pot viza grupul în ansamblul său, o parte a acestuia sau numai un membru al său. Este recomandabil ca mai ales în primele ședințe ale grupului, când pacienții pot prezenta probleme similare (dispoziție depresivă sau sentimente de neajutorare) să se acorde prioritate aspectelor și problemelor care afectează grupul ca întreg. Ulterior, pe măsură ce grupul evoluează și apar reacții mai diferențiate și individualizate, sunt și intervenții la nivel individual. Într-adevăr, în funcție de problemele ivite și de gradul de maturizare al grupului, atenția poate fi orientată când asupra insului ca membru al grupului, când asupra grupului în ansamblu, fără a omite însă că psihoterapia în grup are drept ultim scop ameliorarea sau vindecarea pacientului individual.

13. Raportul dintre psihoterapia individuală și psihoterapia în grup

Spre deosebire de psihoterapia în grup, care (deși prezintă orientări teoretice și moduri de abordare diferite) posedă o anumită unitate și un anumit grad de omogenitate,

psihoterapiile individuale sunt înscrise pe un amplu evantai, marea lor diversitate (conceptuală și operațională) împiedicând extragerea unor caracteristici comune. Din aceste considerente, o paralelă între psihoterapia în grup și psihoterapiile individuale în ansamblu pare imposibilă.

În ceea ce privește raportul dintre cele două procedee de psihoterapie (individuală și în grup) precizăm că, în vederea selecției și pregătirii pentru grup, poate exista o ședință individuală sau mai multe ședințe de inițiere (pregătitoare) pentru activitatea din grup. De asemenea, în cursul desfășurării terapiei în grup se poate accepta, periodic, un interviu individual.

În situațiile, care impun atât psihoterapie individuală cât și în grup, ordonarea lor în timp este controversată. Considerăm însă că psihoterapia individuală trebuie să fie inițială, fiind urmată de psihoterapia în grup, care constituie o etapă (și o formă) a resocializării. Unii clinicieni consideră însă că psihoterapia în grup trebuie să preceadă (ca o instanță preparatorie) psihoterapia individuală.

Uneori este combinată forma individuală cu forma de grup în aceeași zi, lăsând inițial pacienții să-și recreeze imaginativ situațiile, într-un efort de analiză verticală (prin psihoterapia individuală), pentru ca apoi să se treacă la ședința de grup care operează într-o formă superficială.

Remarcăm totodată că terapeuții cu orientare psihosociologică au tendința de a-și deplasa atenția de la membrul grupului la grup și de la membrii din grup la relațiile dintre ei, la "spațiul liber" dintre membri, care ar fi încărcat cu mai multe semnificații decât fenomenologia intrapsihică. Alți terapeuți, în special cu orientare psihodinamică, urmează drumul în sens invers, de la spațiul interindividual, considerând că situația psihoterapeutică de grup este o simplă extindere a situației psihoterapeutice individuale, fapt pentru care tratează insul în grup într-o manieră singulară. Aceasta ilustrează atât înclinațiile și tendința lor (uneori insuficient conștientizată) spre o psihoterapie individuală, cât și jocul dialectic dintre parte și întreg:

- uneori, detașându-se de fundal figura pacientului în grup;
- alteori, figura estompându-se, pentru a da vigoare unității grupului.

14. Psihoterapia combinată - o modalitate terapeutică tot mai frecvent recomandată

Psihoterapia combinată nu este o nouă metodă sau un nou sistem de psihoterapie, ci este o tehnică ce combină într-un plan convergent experiența relațională a grupului cu analiza psihologică în profunzime a pacientului. Ea poate fi definită ca o "modalitate de tratament particulară...în care experiența de grup interacționează în mod semnificativ cu ședințele individuale și în care există un feedback reciproc ce ajută la formarea unei experiențe terapeutice integrate" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1420).

De fapt, această modalitate terapeutică încearcă o completare reciprocă a

neajunsurilor fiecăreia. Astfel, dacă relația diadică permite aprofundarea transferului, ea nu poate oferi experiențe emoționale corective necesare schimbării terapeutice. Dimpotrivă, situația de grup oferă pacientului mai multe persoane față de care poate să dezvolte relații transferențiale, având astfel posibilitatea de a retrăi și acționa asupra unor influențe și situații semnificative care au existat în viața sa. Alți terapeuți justifică tratamentul combinat prin faptul că "tensiunile și emoțiile trăite în cursul ședințelor individuale pot fi atât de intense pentru unii pacienți cu **Ego** fragil, încât este preferabil să le aducem o susținere exterioară (prin psihoterapie în grup, s.n.) dacă vrem ca ei să nu abandoneze tratamentul" (**M. Souris**, 1973, p. 199).

Indiferent de justificarea și argumentarea necesității ei, psihoterapia combinată, deși tot mai frecvent recomandată, este, întrucâtva, controversată. Astfel, unii clinicieni consideră că "psihoterapia individuală nu este de obicei posibilă concomitent cu psihoterapia de grup" (**H. J. Walton**, 1983, p. 654).

Alții, dimpotrivă, consideră că psihoterapia combinată "a devenit din ce în ce mai populară în ultima decadă", constituind "principala direcție în care se dezvoltă psihoterapia" (**B. J. Sadock**, 1976, p. 1877).

Organizarea grupului în psihoterapia combinată nu este diferită de psihoterapia de grup tradițională, aici însă caracterul heterogen și deschis al grupului se impune cu mai multă necesitate. Întrucât terapeutul este de obicei același (atât în forma individuală cât și în varianta grupală), selecția pacienților pentru grup este superioară, ei fiind cunoscuți din psihoterapia inițială. Astfel, atunci când se trece de la terapia individuală la grup, terapeutul este acela care alege atât pacientul, cât și momentul introducerii sale în grup.

14.1. Psihoterapia combinată din perspectiva integrării elementelor pozitive ale relației diadice și de grup.

Pacienții cu **Ego** fragil, care în grup sunt marcați de inhibiție și anxietate, sunt ajutați în cadrul ședințelor individuale să-și înfrângă dificultățile de comunicare. Pe de altă parte, ședințele individuale aduc terapeutului date suplimentare (genetice și psihodinamice), necesare aprofundării cunoașterii pacientului. Totodată, confidențialitatea de care unii pacienți se tem că în grup nu poate fi păstrată, în situația diadică este mai ferm asigurată, deși terapeutul îndeamnă pe fiecare membru al grupului să fie cât mai deschis și autentic în comunicare. Astfel, unele probleme particulare, cărora în relația diadică li se dezvăluie originile, semnificațiile și implicațiile, aduse în grup sunt redimensionate și dedramatizate prin analiza lor de către persoane detașate, nonimplicate.

Din perspectiva grupului se constată că în terapia combinată membrii prezintă un grad mai înalt de coeziune, întrucât ei se identifică reciproc prin identificarea lor comună cu terapeutul. Prin acțiunea și presiunea grupului, pacientul poate să-și examineze răspunsurile inadecvate și să-și constate distorsiunile comportamentale care până atunci au fost ignorate. Totodată, el poate înțelege că aceste distorsiuni provin din sentimente și atitudini reprimate care inițial erau orientate spre persoane semnificative, poate înalt

investite, din antecedentele sale.

14.2. Caracterul proceselor psihodinamice și terapeutice în psihoterapia combinată.

Se poate considera că, în timp ce ședințele de grup sunt orientate asupra apărărilor pacientului, ședințele individuale examinează conflictele psihice subiacente. Astfel, dacă procesele de grup slăbesc mecanismele de apărare ale **Ego**-ului, analiza în cadru diadic, previne creșterea anxietății și stabilizează forța **Ego**-ului.

Slăbind apărările (care împiedică dezvoltarea transferului) **situația de grup determină comportamente interacționale complexe**, stimulând transferul și oferind, totodată, un cadru pentru interpretarea lui. Totuși, în psihoterapia combinată relația transferențială este mai complicată, transferul fiind orientat atât către terapeut, cât și spre alți membri ai grupului. Pe parcursul terapiei însă, sentimentele pacientului pentru terapeut pot rămâne inconștiente, fiind totodată deplasate spre un membru al grupului. În general însă, se consideră că relațiile transferențiale din grup nu modifică transferul fundamental din cadrul psihoterapici desfășurate în mod individual. Alteori, transferul este orientat de la început și exclusiv asupra terapeutului; astfel, grupul oferă prilejul exprimării unor sentimente față de terapeut pe care pacientul nu era capabil să le exprime în situația diadică. În ansamblu, se poate preciza că, în timp ce grupul extinde aria transferurilor posibile, oferind diferite modele de transfer, relația diadică permite o mânuire mai strânsă a transferului și un control mai bun al relațiilor transferențiale.

Interpretarea, susceptibilă de a dezvălui motivații inconștiente și de a spori gradul conștientizării pacientului, **poate veni atât de la terapeut, cât și de la membrii grupului**. În această ultimă eventualitate terapeutul trebuie să evalueze și dacă este cazul să corecteze, interpretările membrilor, plasându-le apoi într-o perpsectivă proprie.

Reducerea rezistențelor (ilustrate prin absențe, întârzieri, izolări, tăceri, replieri etc.) este facilitată în cel mai înalt grad prin psihoterapia combinată. Aceasta se explică prin faptul că, în reducerea și înlăturarea rezistenței, presiunea grupului este apreciată ca mai puternică decât activitatea terapeutului. În acest sens este elocventă situația în care un pacient distant, timid sau rezervat în relația diadică, devine deschis, prietenos și implicat în cadrul grupului. Este posibil ca această situație să fie determinată de nivelul ridicat de anxietate față de autoritate existent în forma individuală și reducerea acestei anxietăți prin coeziunea inter-individuală și atmosfera terapeutică, securizantă, a grupului.

14.3. Psihoterapia de grup interacțional-structurată.

Bazată pe psihoterapia combinată, psihoterapia de grup interacțional-structurată are ca elemente esențiale directivitatea, activismul și structurarea. În această situație terapeutul, activ, directiv și participativ, trebuie să cunoască bine fiecare membru al grupului, cu status-ul său emoțional, fapt ce nu poate fi realizat decât în relația diadică.

Psihoterapia interacțional-structurată recurge la anumite tehnici particulare: a

centrării pe câte un membru (patient is up), a mesei rotunde (go-round) și a ședințelor suplimentare.

Centrarea pe un membru sau tehnica membrului focal al grupului are în vedere alegerea de către terapeut a unui pacient și a unei teme pentru fiecare ședință, ceea ce contribuie la creșterea participării membrilor introvertiți, repliați sau autiști, la activitatea grupului.

Masa rotundă, tehnica utilă, de asemenea, stimulării pacienților pasivi sau schizoizi, constă în a cere fiecărui membru al grupului să răspundă la o anumită temă (model comportamental, idee sau sentiment) propusă de el, de terapeut sau de un alt pacient.

Ședințele suplimentare, rezervate pacienților aflați în criză, pot precede, urma, sau pot fi fixate în mod independent de ședința obișnuită de psihoterapie.

Se consideră că, reunind avantajele relației diadice cu cele ale situației de grup, psihoterapia combinată oferă rezultate superioare fiecărei metode aplicate independent.

15. Observații asupra psihoterapiei în grup în principalele entități nosografice psihiatrice

Considerații veridice asupra aplicării acestei forme terapeutice la bolnavi aparținând diverselor entități nosografice nu pot fi formulate decât prin urmărirea unor grupuri omogene. Totuși, din comportamentul pacienților cu diferite boli psihice, în cadrul grupurilor heterogene, pot fi extrase anumite observații caracteristice.

Nevrozele au constituit un domeniu privilegiat al psihoterapiei de grup și au înregistrat, în general, bune rezultate întrucât pacienții nevrotici sunt bine motivați în obținerea vindecării. S-a constatat că ei se comportă mai bine în grup după ce au realizat o relație suportivă cu terapeutul. În această categorie nosografică a fost aplicată cu predilecție psihoterapia de grup cu orientare psihanalitică. Cu toate acestea, în ultimii ani au fost comunicate bune rezultate prin aplicarea psihoterapiei de grup comportamentale, folosindu-se mai ales condiționarea operantă și tehnicile de desensibilizare. Prin psihoterapia în grup, pacienții nevrotici (și în primul rând cei cu tulburări depresive și somatomorfe) pot conștientiza mai bine impactul afecțiunii lor asupra celorlalți, adaptându-și astfel un mod mai adecvat de relaționare.

Tulburările de personalitate oferă posibilități variate psihoterapiei în grup datorită polimorfismului acestei categorii nosografice. Fără simptome și cu o redusă anxietate, ei prezintă o slabă motivație pentru schimbare, noncomplianța lor terapeutică fiind deosebit de puternică. Pornind de la premisa că cei cu tulburări de personalitate nu sunt pe deplin conștienți de rolul lor în provocarea conflictelor interpersonale, de caracterul nonadaptiv și distorsionat al comportamentului lor, psihoterapia în grup are aici o indicație majoră, constituind chiar abordarea terapeutică "ideală". În special terapia "în grupuri heterogene este deosebit de benefică pentru pacienții cu tulburări de personalitate" (N.

Kanas și **D. Farrell**, 1984, p. 550), întrucât, pacientul, expunându-și în grup modelul său comportamental, caracteristic, primește, reflectat, efectul negativ al conduitei sale asupra relațiilor interpersonale. Aceste confruntări repetate îl determină pe cel în cauză să-și examineze conduita și să constate modul distorsionat al afectelor și cogniților sale, ceea ce constituie premisa schimbării și a dezvoltării unui nou pattern de relaționare.

În afara acestor observații generale se impun unele precizări referitoare la tulburarea de personalitate pasiv-agresivă și schizoidă.

Din punctul de vedere psihodinamic, pacienții cu **tulburare de personalitate pasiv-agresivă** prezintă o nevoie profundă de dependență, care nu este gratificată însă de către cei din jurul lor, ceea ce determină dezamăgire, ostilitate și agresivitate. Unor astfel de pacienți relațiile din grupul terapeutic le oferă substitute pentru dependență și toleranță pentru ostilitate, situație ce tinde să reducă inadaptarea comportamentului lor.

În modelul comportamental pasiv, pacientul, incapabil de a se afirma, își asumă rolul de "supus cronic", fațadă sub care poate exista ostilitate și resentiment. Situația de grup permite acestui pacient să devină conștient de ceea ce până atunci a negat, a reprimat sau a rationalizat. La rândul lor, membrii grupului îl ajută să se exprime spontan și autentic, pacientul găsind în grup "modele de rol" eficiente cu care să se poată identifica; el învață astfel mijloace mai noi și mai adaptate pentru a se putea integra mai bine în realitate.

În varianta agresivă a modelului comportamental, sentimentele ostile ale pacientului sunt eludate sau ignorate de grupul angajat să-l ajute; în loc să fie rejectat (așa cum pacientul s-ar fi așteptat), el este ajutat spre a-și realiza un pattern comportamental mai integrat.

În tulburarea de personalitate pasiv-agresivă terapia de grup comportamentală, prin utilizarea tehnicilor de antrenament asertiv, a obținut succese semnificative. Prin aceste tehnici, care întăresc exprimarea comportamentului asertiv cel mai adecvat, grupul devine nu numai un cadru de exprimare, ci și un teren de testare al modificărilor pozitive survenite în modul de comportare.

Din perspectivă clinică, pacienții cu **tulburare de personalitate schizoidă** se caracterizează prin timiditate, hipersensibilitate și noncompetitivitate. În plus, ei trăiesc sentimente de rejecție și nu pot dezvolta un atașament afectiv puternic și autentic. Pornind de la aceste considerente clinice și personologice, terapeutul trebuie să ajute acești pacienți să-și cunoască propriile lor trăiri și atitudini, încurajându-i să participe (eventual prin tehnici speciale, de ex. **go-round**) la activitatea grupului, care, la rândul său, trebuie să prezinte o orientare suportivă.

Tulburările afective nu obțin ameliorări semnificative prin psihoterapia în grup. Desigur, pot beneficia de aceasta pacienții cu distimie, cu atât mai mult cu cât evoluția lor cronică, precum și slaba responsivitate psihofarmacologică le limitează evantaiul mijloacelor de abordare terapeutică. Spre deosebire de cei cu distimie, pacienții cu depresie majoră au nevoie de un grad mai înalt de susținere emoțională, care nu poate fi obținută în condițiile de grup, ci numai într-o relație duală. Mai mult, am constatat că plasarea

acestor pacienți într-un grup de psihoterapie poate determina agravarea simptomelor și creșterea riscului de suicid. În general, se poate considera că un pacient depresiv nu poate beneficia de această abordare terapeutică decât în condițiile unui suport susținut al membrilor grupului și în primul rând al terapeutului.

Dacă participarea depresivilor la grup este controversată, fiind în mod individual recomandată, includerea pacienților maniacali în grup este contraindicată; tahipsihia și logoreea lor nu pot fi controlate și nici temperate de grup, prezența lor constituind un permanent factor perturbator.

Schizofreniile prezintă, de asemenea, indicații variabile pentru psihoterapia în grup. Aceasta nu poate fi recomandată pacienților cu productivitate psihotică, manifestările lor halucinatorii și ideația delirantă fiind inabordabile prin intervențiile grupului. Totuși, pacienților discordanți care au depășit faza manifestărilor acute, care se află în stadiul de remisiune sau chiar cu un anumit grad de deteriorare, experiența de grup le reduce teama și neîncrederea, sporindu-le inițiativa, angajarea și orientarea spre realitate. Se constată că în grup, pacientul discordant este orientat mai ales spre terapeut decât spre ceilalți membri ai grupului, ceea ce implică o mai puternică acțiune suportivă a acestora.

De asemenea, pacientul discordant este mai sensibil la interpretările terapeutului care tocmai de aceea va pune accent pe **capacitatea** pacientului de **testare a realității** decât pe analiza materialului inconștient și pe "reconstrucția" personalității. Datorită acestui fapt se recomandă ca pacienții cu schizofrenie să fie incluși în grupuri omogene din punct de vedere nosografic. Altfel, în grupuri heterogene (cu pacienți psihotici și nonpsihotici) anumite procedee, susceptibile de a-i ajuta pe unii, pot prejudicia pe ceilalți: de exemplu, utilizarea tehnicilor de dezvăluire, recomandabilă pentru un pacient nevrotic, poate determina o anxietate intolerabilă unui pacient discordant. Dimpotrivă, exersarea capacității de testare a realității, necesară pacientului cu schizofrenie, este inutilă și agasantă pentru pacientul nevrotic. În concluzie, pacienții cu psihoză discordantă trebuie incluși în grupuri omogene, orientate spre exprimarea controlată a emoțiilor, testarea realității, relaționare și socializare.

Pacienții schizofrenici cu o fenomenologie clinică redusă și puțin specifică, incluși în categoria diagnostică borderline, răspund la psihoterapia de grup în mod variabil. Cu o anumită fragilitate emoțional-volițională, cu sentimente ambivalente și slabă empatie, ei sunt primiți cu rezervă și uneori cu ostilitate în grupul terapeutic. Cu un pattern relațional stabil și slabe disponibilități de responsivitate și relaționare, ei dezvoltă relativ frecvent așa-numita "psihoză de transfer", care le limitează indicația pentru psihoterapia în grup.

Tulburările paranoide sunt, în general, contraindicate pentru psihoterapia în grup, ca dealtfel pentru majoritatea abordărilor psihoterapeutice. Acești pacienți prezintă o incapacitate de testare eficientă a realității, ca și riscul de a include terapeutul sau întreg grupul în delirul lor sau cel puțin de a-și orienta blamul spre ceilalți, prin utilizarea intensă a proiecției.

În situațiile în care tulburarea este mai redusă sub aspect clinic, această abordare terapeutică, prin capacitatea de validare consensuală a membrilor grupului, poate fi mai

eficientă decât psihoterapia individuală. Totodată, pentru astfel de pacienți, grupul poate constitui un laborator în care feedback-ul de la ceilalți membri îi ajută să contribuie la ameliorarea relațiilor sociale și la evitarea situațiilor conflictuale.

Dependența de alcool și droguri poate fi tratată cu mai mult succes prin această abordare, mai ales "în grupuri omogene, care constituie tratamentul preferențial pentru pacienți cu tulburări provocate de utilizarea unei substanțe cum este alcoolul sau drogul" (**N. Kanas** și **D. Farrell**, 1984, p. 551). Fiind omogene, astfel de grupuri devin rapid coezive și permit o mai mare aprofundare a problemelor dependenței. Psihoterapia în grup a acestor pacienți prezintă și alte avantaje, printre care se înscrie un anumit grad de toleranță și simpatie între membri, "camaraderia celor cu dificultăți similare sporindu-le mult autostima" (**E. B. Riston, J. D. Chisck**, 1983, p. 431).

Sub aspectul orientării teoretice, grupurile psihoterapeutice cu alcoolici sunt foarte diferite, de la cele bazate pe relaxare până la cele de inspirație psihanalitică. Astfel, este încurajată exprimarea liberă a conflictelor și interpretarea dificultăților individuale în funcție de fenomenele dinamice din cadrul grupului. Alte grupuri sunt foarte structurate asupra alcoolismului, prezentându-se pacienților filme, conferințe și informații asupra consumului, fiind valorizate aspectele psihomedicale. Se insistă asupra autocunoașterii și anulării pasivității, a creșterii inițiativelor și a responsabilității, a luării în sarcină a comportamentului alcoolic. Prin aceasta se urmărește "o revalorizare, o amorsare a reconstrucției narcisice în jurul datelor științifice asupra alcoolismului spre a întări o atitudine voluntară de schimbare" (**J. Adés**, 1984, p. 17).

În general, psihoterapia în grup a alcoolicilor trebuie să fie axată asupra abstinenței (care constituie scopul tratamentului) și desfășurată sub forma unor discuții deschise, suportive, cu intenția de întărire a schimbărilor pozitive.

16. Psihoterapia în grup a pacienților cu durere cronică

Durerea cronică sau "sindromul dureros benign intratabil cronic" (**J. J. Pinsky**, 1978) a cunoscut o preocupare profesională centrală pentru numeroși clinicieni care și-au extins abordările terapeutice dincolo de cele medicale sau chirurgicale, devenite tradiționale, la terapii psihofarmacologice sau psihologice.

Definită ca o condiție umană "în care intensitatea, durata și natura nonremisivă a sindromului dureros nu pot fi explicate pe baza unei vătămări de țesuturi sau a unei fiziopatologii existente" (**J. J. Pinsky** și **B. L. Crue**, 1984, p. 823), această durere concentrează asupra sa ansamblul preocupărilor și trăirilor persoanei în cauză, ca și elaborarea unui pattern comportamental disfuncțional, tradus printr-un stil de viață maladaptiv, pe fondul unei dispoziții de tip depresiv.

16.1. Durerea cronică - model particular de tulburare psihosomatică.

Investigațiile psihologice efectuate asupra pacienților cu durere cronică, în ultimul deceniu au evidențiat o surprinzătoare asemănare între patternul personalității lor și acela

al pacienților psihosomatici. Într-adevăr, numeroși pacienți cu durere cronică se consideră ei înșiși somatici, a căror afecțiune severă, nu a fost încă diagnosticată.

La cele două categorii de pacienți (cu durere cronică și cu afecțiuni psihosomatice neînsoțite de durere) atrage atenția mai ales asemănarea dintre anumite caracteristici cognitive și afective regăsite în cadrul **sindromului alexitimic** descris de **J. C. Nemiah** (1973) și **P. Sifenos** (1973). Deși conceptualizarea acestor autori referitoare la **caracteristicile alexitimice** rămâne mai ales la nivelul observației clinice, cu puține și slabe corelații fiziologice (raportate de **F. Lolas**, 1978), prezența lor la cele două categorii de pacienți a determinat avansarea aserțiunii conform căreia "sindromul dureros benign intratabil cronic este, în sens generic, o tulburare psihosomatică" (**J. J. Pinsky** și **B. L. Crue**, 1984, p. 829). Astfel, atât pacienții cu durere cronică benignă, cât și pacienții psihosomatici prezintă o redusă capacitate de autoexaminare, autocunoaștere și de exprimare adecvată și nuanțată a stării lor afective, ca și o sărăcie a vieții imaginative, care sunt trăsături clinice caracteristice stării alexitimice. Acestei asemănări îi sunt datorate atât slabele rezultate ale abordării psihoterapeutice diadice, cât și "eficiența specială a psihoterapici de grup pentru pacienții cu sindrom dureros benign" (**Ibidem**).

16.2. Organizarea grupului terapeutic al pacienților cu sindrom algic cronic.

Are la bază factorii general-operaționali din celelalte abordări psihoterapeutice stabiliți de **J. Marmor** (1976). În sindromul dureros cronic este descris un tratament medical multimodal ce are loc într-un cadru spitalicesc de grup, pe o anumită perioadă de timp, cu o echipă terapeutică complexă.

S-a constatat că atunci când terapeutul (sau unul dintre terapeuți) este medic, bolnavii acceptă destul de ușor rolul de pacient în psihoterapie. La rândul său, terapeutul poate fi generalist, specialist instruit în psihoterapie sau psihiatru, bine pregătit în domeniul patologiei generale. Se consideră astfel că mediul terapeutic și psihoterapia în grup, ca modalități terapeutice, oferă structura optimă în vederea unor modificări terapeutice pozitive.

În durerea cronică fiind vorba de o abordare psihoterapeutică eclectică, durata curei nu va fi îndelungată (ca în orientarea psihanalitică a grupului) și va cuprinde aproximativ 60 de ore, în cadrul unui program terapeutic a cărui durată este de 6-7 săptămâni.

Complianța pacienților cu durere cronică pentru psihoterapie în grup este relativ scăzută și numai caracterul multimodal al terapiei îi determină să se înscrie în grup. Rezervele acestor pacienți pentru psihoterapie se datoresc convingerii lor că durerea are o sorginte somatică, fizică și, în consecință, remediul nu poate fi decât medical sau chirurgical. Dar și independent de acest fapt, pacienții, în general, au o mai puternică investiție în acțiunea terapeutică a substanțelor farmacologice decât în psihoterapie. Totuși, sub presiunea durerii, ei acceptă și acest ultim mijloc terapeutic, cu atât mai mult cu cât, anterior, au fost supuși terapiilor medicale sau chirurgicale.

Deși ezitanți sau neîncrezători inițial, odată înscriși în grup ei urmează programul

terapeutic într-un procent relativ ridicat (de aproximativ 86%) cazurile de renunțare deliberată, de ieșire non-terapeutică din grup (**drop-out**) fiind relativ puține. Dintre acești pacienți, care întrerup programul terapeutic fără recomandare medicală, cei mai mulți invocă faptul că nu primesc "medicamente pentru durere". În ansamblu se constată însă o tot mai bună integrare în grup și dacă în faza inițială participarea era impusă de durere, ulterior, prezența pacienților în grup este determinată nu atât de rezultatele obținute, cât mai ales de forța coezivă a grupului. Desigur, rezultatele, variabile de la un pacient la altul, nu sunt imediate, spectaculare sau constante, dar, indiferent de gradul ameliorării, ele sunt foarte importante pentru această categorie de pacienți care, până atunci, s-au dovedit în mod univoc rezistenți la terapiile administrate.

Pregătirea terapeutică inițială, informativ-suportivă, este facilitată de "convorbiri libere" despre neurofiziologia și psihologia durerii, pacienții fiind încurajați să-și exprime propria concepție și înțelegere despre durerea pe care o suportă. În cadrul acestor ședințe, interacțional-didactice, are loc un schimb spontan de opinii între doi sau mai mulți algologi (de obicei un neurochirurg sau neurolog și un psihiatru), împreună cu contribuțiile interactive ale pacienților, în cadrul grupului. Acceptarea intervențiilor suportive (iar uneori de confruntare și interpretare) la expunerea vulnerabilităților individuale are efectul asigurării unui mediu terapeutic ce sporește toleranța pentru afecte dureroase.

De asemenea este abordată atitudinea pacientului față de durere, semnificația acesteia pentru ins, implicațiile durerii asupra desfășurării activității profesionale, ca și asupra relațiilor interpersonale ale pacientului. Discuțiile în grup contribuie la o mai clară delimitare a durerii de suferință, aspecte corelate și complementare, susceptibile de reciprocă întărire, întreținere și chiar dezvoltare. Deși diferite, durerea și suferința alcătuiesc o unitate clinică înscrisă în sindromul dureros benign cronic, ce poate fi abordat psihoterapeutic mai ales din perspectiva suferinței.

16.3. Abordarea terapeutică în grupul de pacienți cu durere cronică.

Spre deosebire de psihoterapiile duale (diadice), care recurg la metode individuale, psihoterapia în grup a pacienților cu durere cronică este, de cele mai multe ori, eclectică. Se consideră că "această abordare eclectică ...s-a dovedit a fi mai utilă decât limitarea tratamentului la una sau două modalități terapeutice specifice" (**J. J. Pinsky** și **B. L. Crue**, 1984, p. 824).

Este posibil ca această abordare eclectică să fie determinată de "concepția centralistă" ce tinde a sta la baza patogeniei acestor sindroame dureroase cronice. Din păcate însă, concepția centralistă este corelată cu o accepțiune peiorativă (de "subiectiv", "psihologic", "mental" și, eventual, de "nereal") nu numai de către pacienți, ci și de către mulți medici, evident somaticieni, care sunt adepți ai teoriei periferaliste a durerii. Pe măsura analizei în grup a durerii, are loc însă o acceptare treptată de către pacienți a teoriei centraliste, ceea ce constituie începutul utilizării progresive a resurselor mintale

în vederea realizării unor schimbări pozitive și influențării semnificative a durerii cronice.

Componenta cognitivă a psihoterapiei pacienților cu durere cronică are în vedere:

- explorarea factorilor posibili care au dus la persistența durerii;
- înțelegerea diferențelor între modelul medico-chirurgical de investiție nociceptivă (patogenică), obișnuit în durerea acută, și modelul psihocomportamental din durerea lor cronică.

Din această perspectivă, pacienții sunt ajutați să înțeleagă rolul și influența mecanismelor mentale atât în funcționarea psihologică, cât și în responsivitatea fiziologică. În vederea acestui scop, o sarcină a grupului constă în examinarea relației dintre perceperea durerii cronice și evenimentele concomitente trăite în plan somatic. Totodată, învățarea cognitivă include teme ca depresia, pierderea, autodeprecierea, dependența, neîncrederea etc., încercându-se astfel formarea unor idei noi (sau modificarea ideilor existente) cu privire la semnificația personală a durerii și suferinței.

Componenta comportamentală a psihoterapiei are în vedere mai ales condiționarea operantă, considerată ca "fenomen natural" al tuturor relațiilor interpersonale, inclusiv al relației medic-pacient. În cadrul programului "multimodal", pacienții sunt supuși unor tehnici care au în vedere modificarea unor comportamente specifice ale sindromului dureros cronic. Astfel, toate aspectele vieții pacientului din unitatea medicală sunt elaborate în mod explicit pentru a facilita modificarea comportamentală. Cadrul de grup oferă de asemenea experiențe personale reale care îi servesc pacientului ca modele și tipuri de interacțiune umană.

Testarea realității are în vedere "verificarea" unor comportamente potențial noi de a face față unor situații de viață. Aceasta se realizează:

- în cadrul ședințelor de psihoterapie sau al unității medicale respective;
- în cadrul informal al învoirilor "de probă" de la sfârșitul săptămânii care permit pacienților interacțiunea cu mediul lor de viață, cu persoane semnificative din familie etc.

Eficiența psihoterapiei de grup în durerea cronică este variabilă, în funcție de numeroși itemi care țin de pacient, de calitatea condiției clinice, ca și de corectitudinea și competența cu care este aplicată metoda. În orice caz, prezentarea în grup a experiențelor de viață și examinarea în grup a acestor evenimente de către oameni a căror caracteristică proeminentă a vieții lor este durerea și suferința au o importanță majoră în ameliorarea tulburării.

Evaluarea rezultatelor psihoterapiei în grup este, de fapt, subiectivă și individuală, cu atât mai mult cu cât metoda se înscrie într-o situație terapeutică multimodală. Evaluările, atunci când sunt efectuate, provin din raportările subiective ale pacienților sau din observarea lor directă de către membrii echipei terapeutice, iar analizele matematice nu fac decât să confere dimensiuni acestor subiective aprecieri clinice.

17. Aspecte ale psihoterapiei în grup în unele boli psihosomatice

Psihoterapia în grup a bolnavilor psihosomatici a avut o aplicare limitată, întrucât abordarea farmacologică individualizată este generalizată. O anumită deschidere pentru psihoterapia în grup a pacienților psihosomatici este realizată de abordarea comportamentală, dar și în această privință observațiile nu au fost încă prezentate sub forma unor studii care să corespundă expectațiilor actuale de reliabilitate și validitate.

În **obezitate**, au fost aplicate în mod comparativ abordări terapeutice în grup cu orientare psihodinamică, comportamentală și tradițională. Studiile au ilustrat că rezultatele cele mai bune și totodată mai durabile au fost obținute prin psihoterapia de grup cu orientare comportamentală.

De asemenea, s-au constatat "rezultate promițătoare" prin aplicarea programelor comportamentale destinate prevenirii și combaterii factorilor de risc pentru afecțiunile cardiovasculare.

În **bolile cardiovasculare**, psihoterapia în grup, aplicată inițial de C. Bliedeau și T. Hackett (1971), a fost orientată asupra opiniilor și preocupărilor pacienților referitoare la boală; s-au obținut bune rezultate în adoptarea unei conduite dezirabile în respectarea recomandărilor medicale, în îmbunătățirea complianței la terapie, cu și în ameliorarea anxietății și depresiei corelate cu boala. Alte studii prezintă rezultatele psihoterapiei în grup cu pacienți care au avut infarct miocardic. Problemele principale aflate în discuția grupului au vizat starea actuală a sănătății pacienților efectele bolii asupra vieții și comportamentului, istoria bolii și îngrijirea medicală după externare, precum și "rolul de pacient și efectele sale asupra familiei". Un interes particular l-au constituit opiniile asupra "limitărilor necesare ale activității (inclusiv sexuale) pacienților externați", efectuându-se "psihoterapii de grup scurte pentru pacienții care au avut infarct miocardic și soțiile lor" (**C. P. Kimball**, 1975, p. 616).

În ultimii ani au fost efectuate numeroase studii de psihoterapie comportamentală, individuală și în grup și au fost elaborate programe de schimbare a comportamentului pacienților cu cardiopatie ischemică sau a persoanelor cu comportament de tip A. Într-un astfel de grup, cu persoane care prezentau risc înalt de boală coronariană (în cadrul unui comportament de tip A), s-au înregistrat "schimări care au persistat timp de șase luni după încheierea tratamentului...și o reducere a colesterolului seric" (**M. H. Davies**, 1984, p. 238). Se notează de asemenea faptul că dintre persoanele cu boală coronariană cele care au avut o motivație mai puternică pentru tratament au înregistrat "schimbări semnificativ mai mari" (**Ibidem**), comparativ cu cei care nu au avut o astfel de motivație.

Aplicată în condiții de spitalizare sau în cadrul unităților de asistență ambulatorie, sub forma grupurilor omogene (în funcție de nosografie), psihoterapia în grup "poate oferi un mai mare contact interpersonal și suport pentru **Ego**-ul slab al pacienților psihosomatici" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1979).

18. Psihoterapia în grup cu copii și adolescenți

Științific organizată și net deosebită de alte activități în comun ale copiilor, psihoterapia în grup cu copii și adolescenți a apărut în deceniul patru al secolului nostru; ea se desfășoară "pe baza teoriilor personalității și comportamentului, în funcție de care se recomandă anumite acțiuni ale liderului, într-o situație creată în mod deliberat" (**I. A. Kraft**, 1976, p. 2229). Cu tot caracterul științific al acestei psihoterapii, după anul 1965 ea înregistrează mari schimbări și reorientări teoretice și metodologice, ca urmare a noilor achiziții din domeniul psihologiei genetice și al științelor psihopedagogice. Teoriile apărute în aceste domenii câștigă o mare popularitate, acceptare și utilizare, ceea ce are drept consecință faptul că în domeniul psihoterapiei copilului și adolescentului "terapia centrată pe client și psihanaliza sunt înlocuite cu metode noi, ca terapia realității și analiza tranzacțională" (**Ibidem**).

Actualmente, în fundamentarea teoretică a psihoterapiei de grup cu copii și adolescenți, un rol important îl deține teoria generală a sistemelor, care încearcă integrarea unor factori multipli asupra copilului-pacient și a tulburărilor sale. Din această perspectivă, copilul este inclus în numeroase subsisteme ce interacționează producând subseturi de evenimente, care, în grupul terapeutic, influențează revenirea lui la sănătate. La rândul său, terapeutul, conștient de feedback-ul realizat de conduita sa în grup, adoptă o anumită flexibilitate și deschidere, intervențiile și activitatea sa desfășurându-se conform principiului activității optime pentru procesul terapeutic.

În noua orientare a psihoterapiei pentru copii și adolescenți, un accent special este pus pe informație, întrucât datele despre viață influențează patternul comportamental al fiecărui grup de vârstă. Rapide, oscilante, uneori contradictorii, dar mai ales în perpetuă schimbare, aceste informații nu pot fi adecvat integrate și bine asimilate în vederea elaborării unei decizii optime, adaptate. În plus, informația validă, cât și cea eronată sunt transmise cu aceeași ușurință și de aceea una din sarcinile de grup cu copii constă în selecția și analiza deciziilor. De altfel, nu numai în psihoterapie, ci și în viață, familia și școala trebuie să acorde mai mult timp transmiterii de informații (științifice, culturale, interpersonale etc.) adecvate, în scopul elaborării unor decizii orientate spre realitate.

Dacă până acum factorii educaționali erau preocupați numai de transmiterea mesajelor deschise și elocvente, actualmente trebuie acordată atenție mesajelor subsecvente, inaparente, subliminale, destinate nu atât să informeze cât mai ales să influențeze. Acest lucru se impune cu atât mai mult, cu cât în ultimii ani se constată la vârstele tinere, pe lângă o creștere a tensiunii, o scădere a controlului, determinate de dezorganizări familiale și mesaje eronate, mai ales în domeniul funcționării interpersonale.

În mai mare măsură decât orice alt factor, caracteristicile stadiilor de dezvoltare psihocomportamentală a copilului au influențat apariția și au determinat conținutul tehnicilor psihoterapiei de grup pentru copii și adolescenți. Întrucât însă comunicarea verbală nu poate fi folosită în sens extensiv înaintea vârstei de 12-13 ani, activitatea

ludică și practică determină conținutul metodelor de psihoterapie în grup la copii, care prezintă particularități în funcție de următoarele categorii de vârstă: preșcolari și școlari mici (5-8 ani), perioada de latență a dezvoltării psihoneuroendocrine (9-11 ani), perioada pubertară (12-14 ani) și adolescența (15-17 ani).

Psihoterapia de grup pentru preșcolari este structurată pe activitatea ludică, în cadrul căreia copilul își proiectează fantasmele, situație care îl ajută pe pacientul preșcolar în a-și exprima sentimentele. De fapt, aceste ședințe, axate asupra jocului și importanței lui în dezvoltarea copilului, sunt o formă indirectă de psihoterapie în grup și sunt destinate în special copiilor cu dificultăți în comunicare, indiferent de cauza care le-a determinat.

Pentru copiii de vârstă școlară mică psihoterapia în grup este structurată de asemenea pe joc, dar și pe disponibilitățile de interacțiune ale copiilor. În manipularea jucăriilor ei își exteriorizează impulsuri agresive și retrăiesc în grup stări și situații particulare cu care au fost confruntați acasă sau la școală. În nevoia de a fi ca ceilalți de aceeași vârstă și de a fi acceptați de către ei, copiii se identifică cu ceilalți membri ai grupului. Deși unii pedopsihiatri se referă la un **Ego al grupului**, accentul în psihoterapia de grup la această vârstă se pune pe copilul individual, în timp ce grupul, ca entitate în sine, rămâne în umbră, constituind contextul, elementul de fundal.

Psihoterapia de grup pentru copiii în perioada de latență este axată pe comunicarea verbală a cărei temă este considerată a fi de importanță particulară. Astfel, în cadrul grupului, în mod spontan și deschis, copiii relatează vise, reverii, fantasme, experiențe traumatice, evenimente zilnice etc. De obicei mixte, numărul băieților din grup trebuie să fie întotdeauna mai mare, datorită incidenței superioare a tulburărilor psihice pe care ei le prezintă la această vârstă. Cu un plus de maturizare și o mai redusă tulburare psihică, fetele exercită, în grup, o influență moderatoare, diminuând comportamentele extreme ale băieților.

De fapt, în funcție de comportamentul lor în grup, copiii pot fi împărțiți în: **incitatori** care determină dinamismul grupului; **neutralizatori**, cu un **Superego** puternic, ce sprijină comportamentul adaptat și contracarează actele impulsive ale celorlalți; **neutri**, cu slabe disponibilități sociofile, și **izolați**, care prezintă un **Ego** slab sau sunt nevrotici. În fața acestui evantai comportamental, terapeutul trebuie să fie conștient de individualitatea fiecărui copil, constituind un catalizator al reacțiilor pacienților săi. Indicații pentru o astfel de terapie prezintă copiii cu imagini de sine distorsionate, cu identificări de rol inadecvate, cu tulburări de comportament, ca și cei cu reacții nevrotice. În toate aceste situații psihoterapia în grup favorizează și orientează organizarea impulsurilor în modalități comportamentale dezirabile sub aspect educațional și acceptabile din punctul de vedere social.

Grupurile de psihoterapie cu puberi sunt organizate monosexual și sunt orientate în vederea compensării sentimentelor de inferioritate, a inaptitudinilor de relaționare și a dezvoltării procesului de socializare. Sub un anumit unghi, grupul poate constitui un model al familiei, în care terapeutul și coterapeutul (eventual de sexe diferite) alcătuiesc substitutul parental. Cu o comportare pasivă și neutrală, terapeutul își asumă roluri diferite,

mai ales în manieră neverbală. Exercitându-și rolul în mod flexibil, terapeutul folosește tehnicile de grup în funcție de modelele comportamentale ale membrilor grupului.

Grupurile de psihoterapie cu adolescenți oferă un cadru de testare socială a percepțiilor de sine și a relațiilor cu alții. În plus, grupul oferă adolescentului prilejul de a acționa asupra creșterii autostimei, a forței **Ego**-ului, a armoniei personale și a sentimentului de stăpânire a mediului. Realizarea acestor expectații se impune cu atât mai mult cu cât adolescentul prezintă un grad semnificativ de fluiditate și instabilitate comportamentală, dar și aspirația de consolidare a identității de sine aflate în criză. Datorită acestor inconsistențe ale structurii personalității, adolescentul are nevoie de experiențe cu alții de aceeași vârstă, psihoterapia de grup fiind apreciată ca terapia de elecție pentru el.

Structura grupului cuprinde aproximativ zece membri, dintre care, în general șase, formează un nucleu de grup cu participare constantă și coeziune interpersonală; ceilalți constituie o zonă intermediară, cu prezență inconstantă și slabă adeziune, aspecte determinate atât de selecție cât și de alți factori imprevizibili, legați de evoluția tulburării. Tocmai de aceea în grup nu trebuie înscriși adolescenți cu sociopatie evidentă, toxicomanie, homosexualitate manifestă și psihoză, situații care pot beneficia de alte abordări terapeutice.

Ca și în grupul precedent, centrul de interes pentru tratament îl constituie membrul individual, pentru care grupul formează cadrul de testare. La rândul său, terapeutul este activ, cu un **Ego** suportiv, capabil de a stăpâni situația din grup. Interpretările sale sunt relativ rare, simple, prudente și directe; ele evită caracterul simbolic, au ca subiect realitatea și se referă cât mai explicit la sentimentele de bază. Conținutul temelor vizează aspecte școlare, competiții fraternale, conduite parentale, probleme sexuale etc.

Pornindu-se de la premisa că adolescentul răspunde la o situație-stimul conform unui model, în grupul terapeutic au fost introduși tineri de aceeași vârstă, care serveau drept "agenți de reîntărire socială". Mai ales când acești elevi model introduși în grup erau cunoscuți sau prieteni, s-au constatat schimbări semnificative în comportamentul membrilor grupului.

În psihoterapia de grup cu adolescenți, în mai mare măsură decât în alte grupuri, rolul și calitățile terapeutului sunt esențiale în obținerea succesului. Tocmai de aceea, aici, rolul tradițional-pasiv al terapeutului a fost pus în discuție, conturându-se actualmente următoarele opinii conform cărora:

- atitudinea neutrală, binevoitoare și permisivă nu este suficientă, fiind promovată conduita activ-suportivă;
- indiferent de tehnica folosită, terapeutul imprimă acesteia propria sa personalitate;
- în grupul cu copii și adolescenți terapeutul poate și trebuie să folosească întăriri pozitive și recompense;
- intervenția generală, indirectă a terapeutului este insuficientă, dovedindu-se mai utilă intervenția sa specifică, ceea ce implică proiectarea asupra grupului a propriilor sale valori și expectații.

Ca și în cazul psihoterapiei de grup cu adulți, evaluarea rezultatelor psihoterapiei de grup cu copii și adolescenți se face cu dificultate, rezultatele având un grad redus de validitate. Indiferent de rezultatele particulare, obținute de un grup sau de un ins, în linii generale se poate considera că în grup copilul poate exprima sentimente și idei de o complexitate inaccesibilă relației duale. Totodată, grupul constituie cadrul experimental ideal în care copilul sau tânărul se poate elibera de anxietate și culpabilitate, devenind capabil să stăpânească și să domine sentimentele de inferioritate și insecuritate.

19. Indicațiile și contraindicațiile psihoterapiei în grup

În mare măsură asemănătoare cu acelea ale psihoterapiilor individuale, indicațiile și contraindicațiile psihoterapiei în grup vizează o arie amplă de tulburări psihice și somatice.

Indicațiile psihoterapiei în grup au în vedere două aspecte, și anume: general-psihologice și particular-nosografice. La rândul lor:

- **indicațiile general-psihologice** se referă la persoane care, în relația diadică, dezvoltă inhibiții față de terapeut, ca și la cei care (datorită problemelor psihodinamice) prezintă dificultăți relaționale;

- **indicațiile particular-nosografice** se referă la tulburările psihice (nevroze, tulburări de personalitate, tulburări somatomorfe, psihoze în stadiul de remisiune etc.) și psihosomatice din rândul cărora sunt citate astmul, cardiopatia ischemică, ulcerul gastro-duodenal, durerea cronică etc.; de asemenea, obezitatea, alcoolismul și neoplasmul prezintă bune indicații pentru psihoterapia în grup.

Indicațiile relative pentru psihoterapia în grup se referă la tulburările mintale organice, anumite tulburări de personalitate (în special schizoidă și paranoidă), tulburările disociative și disfuncțiile psihosexuale.

Contraindicațiile psihoterapiei în grup sunt relativ restrânse și pot fi sistematizate în:

- **contraindicații general-psihologice**, care au în vedere pulsiunile agresive (fizice sau verbale), ideația delirantă și comportamentele suicidare;

- **contraindicații particular-nosografice**, care cuprind episoade afective expansive, sindroamele paranoide, tulburarea de personalitate impulsivă, explozivă și antisocială (care prezintă un slab control al impulsurilor); pacienții din acest ultim grup nu pot asimila în mod constructiv interpretările celorlalți, nu pot învăța din experiența altora, fiind incapabili de comuniune afectivă și întrajutorare.

Bibliografie

Adés, J., *Les conduites alcooliques*, în: "Encyclop. Med. Chir., Psychiatrie", 37398, A10, 7, 1984, p. 1-20.
Agazarian, Y., Peters, R., *The visible and invisible group*, Routledge and Kegan Paul, London, 1981.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966.
Barande, R. et al., *Psychothérapies de groupe*, în: "Encyclop. Méd. Chir., Psychiatrie", 37817, A 10, 1960, p. 1-9.
Beck, A. P., *Developmental characteristics of the system-forming process*, în: Living Groups: Group Psychotherapy and General Systems Theory (J. E. Durkin, ed.), Brunner-Mazel, 1981.
Berne, E., *Principles of group treatment*, Oxford University Press, New York, 1966.
Bilodeau, C., Hackett, T., *Issues raised in a group setting by pacients recovering from myocardian infarction*, în: "Amer. J. Psychiat.", 1971, 128, 1, p. 23-78.
Bloch, S., Crouch, E., Reibstein, J., *Therapeutic factors in group psychotherapy*, în: "Arch. Gen. Psychiatry", 1981, 38, p. 519-529.
Burrow, T., *The Social Basis of Consciousness*, Harcourt, Broce World, New York, 1927.
Davies, M. H., *Stress, Personality and Coronary Artery Disease*, în: Contemporary Psychiatry (S. Crown, ed.), Butterwoths, London, 1984, p. 232-239.
Enelow, A. J., Wexler, M., *Psychiatry in the Practice of Medicine*, Oxford University Press, New York, London, Toronto, 1966.
Freud, S., *Group Psychology and Analysis of the Ego*, Hogarth Press, London, 1962.
Foulkes, S. H., Anthony, E. J., *Group Psychotherapy. The Psychoanalitic Approach*, Cox and Wyman, London, 1965.
Ionescu, G., *Psihoterapia în grup*, în: Introducere în psihologie medicală, Ed. Științifică, București, 1973, p. 177-212.
Ionescu, G., *Psihoterapiile de grup*, în: Psihiatrie (Red. V. Predescu), Ed. Medicală, București, 1989, p. 644-655.
Ionescu, G., Predescu, V., *Family psychotherapy-the pattern of group psychotherapy*; în: Excerta Medica Amsterdam, American Elsevier Publishing, New York, 1973, p. 434-438.
Kanas, N., Farrel, D., *Group Psychotherapy*, în: Review of General Psychiatry (H. H. Goldman, Ed.), Lange Medical Publications. Los Altos, California, 1984, p. 549-557.
Kaplan, H. I., *Treatment of Psychosomatic Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, III, (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1973-1980.
Kimball, C. P., *Psychological Aspects of Cardiovascular Disease*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 608-617.
Kraft, I. A., *Group Therapy with Children*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1976, p. 2229-2239.
Lazell, E. W., *The group treatment of dementia praecox*, în: "Psychoanalitical Rev.", 1921, 8, p. 168-174.
Lewin, K., *A dynamic theory of personality*, McGraw-Hill, New York, 1935.
Lieberman, M. A., *Groups for Personal Change: New and not-so-new Forms*, în: American Handbook of Psychiatry, V, (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 345-366.
Lolas, F., *Event-related show brain potentials, cognitive processes and alexithymia*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1976, 30, p. 116-129.
Marmor, J., *Common and operational factors in diverse approaches to behavior change*, în: What makes behavior change possible ? (A. Burton, ed.), Brunner-Mazel, New York, 1976, p. 3-12.
Marsh, L. C., *Group Therapy and the Psychiatric Clinic*, în: Group Psychotherapy and Group Function (M. Rosenbaum, M. Berger, eds.), New York, 1963.
Nemiah, P. C., *Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1973, 22, p. 106-111.
Pinsky, J. J., *Chronic intractable, benign pain: a syndrome and its treatment with intensive short-term group psychotherapy*, în: "Journal of Human Stress", 1978, 4, p. 17-21.
Pinsky, J. J., Crue, B. L., *Intensive Group Psychotherapy*, în: Textbook of Pain (P. G. Wall, R. Melzack, eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, 1984, p. 823-831.
Pratt, J. H., *The class method of treating consumption in the homes of the poor*, în: "Journal of the American Medical Association", 1907, 49, p. 755-759.
Predescu, V., Ionescu, G., *Psihoterapia în grup*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1970, 15, 4, p. 289-299.
Predescu, V., Ionescu, G., *Psihoterapia în grup. Dinamica psihologică în grupul terapeutic*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1970, 15, 3, p. 243-249.
Predescu, V., Ionescu, G., *Psihoterapia în grup. Probleme de metodologie psihoterapeutică*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1970, 15, 1, p. 49-59.
Ritson, E. B., Chick, J. D., *Dependence on Alcohol and other Drugs*, în: Companion to Psychiatric Studies (R. E. Kendell, A. K. Zealley, eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, 1983, p. 412-438.
Sadock, B. J., *Group Psychotherapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1976, p. 1850-1876.
Sadock, B. J., *Group Psychotherapy, combined Individual and Group Psychotherapy and Psychodrama*, în: Compre-

hensive Textbook of Psychiatry, IV, (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1403-1427.
Sifneos, P., *The prevalence of "Alexithymic" characteristics in psychosomatic patients*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1973, 22, 2, p. 255-262.
Slavson, S. R., *Historical and developmental trends in group psychotherapy*, în: The Third World Congress of Psychiatry III, Montreal, 1961.
Souris, M., *Les psychothérapies collectives*, în: Traité de psychologie médicale (red. P. Sivadon), vol. II Presse Univ. France, Paris, 1973, p. 197-217.
Stein, A., *Opening remarks of Panel*. The Third World Congress of Psychiatry, III, Montreal, 1961.
Swift, Nancy, *Psychotherapy*, în: Handbook of Psychiatry. (G. F. M. Russel, L. Hersov, eds.), Cambridge University Press, Cambridge, London, New York, 1983, p. 75-80.
Walton, H. J., *Group Psychotherapy*, în: Companion to Psychiatric Studies (R. E. Kendell, A. K. Zealley, eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1983, p. 652-663.
Wender, L., *Group psychoterapy: a study of its application*, în: "Psychiat. Quart.", 1930, 14, p. 708-713.
Wolff, A., Schwartz, M., *Psychoanalysis in Groups*, Grune-Stratton, New York, 1962.
Wolff, A., *Group Psychotherapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (A. M. Freedman, H. Kaplan, eds.), New York, 1967.
Yalom, I. D., *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1975.

Capitolul XII

PSIHODRAMA

În psihodramă , evenimentele vieții sunt luate drept model și folosite ca mijloc terapeutic.

Elaborată de **J. L. Moreno**, psihiatru născut în România (1898), psihodrama poate fi considerată ca o psihiatrie shakespeariană, atât prin forma de prezentare (psihodramatică), cât și prin scopurile sale, de profundă analiză și cunoaștere psihologică. În fapt, considerăm că psihodrama își găsește sorgintea în personificarea dramatică antică, în teoria și principiile jocului și, desigur, în psihoterapia de grup. Înscriindu-se în primele date ale culturii și civilizației și cunoscută cu peste 4000 ani î.e.n., personificarea dramatică satisface aspirații universale și de aceea "nu este surprinzător faptul că teatrul a fost pus, în cele din urmă, în slujba psihoterapiei și a prelucrării relațiilor umane sub forma unei metode denumite psihodramă" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1423).

Definiții și sinonimii. Întrucât istoria psihodramei este expresia operei lui **J. L. Moreno**, considerăm că definițiile sale prezintă cel mai înalt grad de validitate. Astfel, din perspectivă etimologică, psihodrama (**drama, gr. acțiune**, ceva care se întâmplă) este "metoda care, prin acțiune, conferă autenticitate sufletului" (**J. L. Moreno**, 1965, p. 158). Din perspectivă terapeutică, psihodrama constă în "dezvoltarea unui sistem de metode ce permite medicului și ego-urilor auxiliare să pătrundă în universul pacientului, în încercarea de a-l popula cu imagini interiorizate, care au avantajul de a nu fi total iluzorii și de a nu aparține total realității" (**Ibidem**, p. 168).

Denumită și "**teatru terapeutic**" sau "**sociodramă**", considerăm că psihodrama poate fi definită ca o metodă de psihoterapie în grup, care prin jocul psihodramatic explorează relații interpersonale, conflicte și probleme emoționale, în scop terapeutic.

1. Actualitatea și validitatea metodei

Inițiată la Viena în cel de-al treilea deceniu al secolului nostru, psihodrama a luat amploare în Statele Unite, unde, la New York, **J. L. Moreno** a condus primele ședințe. Tot aici el a fondat "**Institutul Psihodramatic**" (1934), iar ulterior a apărut "**Societatea Americană pentru Psihoterapie de Grup și Psihodramă**". Înaintea celui de-al doilea război mondial, psihodrama a fost utilizată în numeroase centre din Statele Unite, pentru ca după război "să devină un fenomen răspândit în întreaga lume" (**B. J. Sadock**, 1985,

p. 1423).

Cu toate acestea, considerăm că psihodrama este mai mult cunoscută și discutată decât aplicată, caracterul său elaborat, aspectele de scenografie, de rezistență a pacienților și de regie limitându-i aplicarea. Alteori, disponibilitățile de spațiu și de timp ale terapeuților, ca și efectele secundare ale neurolepticelor administrate pacienților transformă psihodrama dintr-o metodă curentă, cu aplicare imediată, într-o eventualitate continuu amânată. Datorită acestor considerente, ca și apariției altor metode de psihoterapie mai simple și mai eficiente, după o perioadă de avânt din deceniile șase și șapte, psihodrama cunoaște o restrângere a acreditării științifice ca și a aplicabilității clinice. Sub aspectul eficacității terapeutice și al validității științifice, studiile sunt puține și elaborate în forme "anecdotice", fără date comparative obținute prin loturi apariate de pacienți.

Principiul psihodramei: viața ca model terapeutic. Principalul obiectiv al psihodramei, devenit apoi principiu al metodei, constă în construirea unei situații terapeutice care să integreze toate modalitățile de viață și existență, începând cu cele universale (timp, spațiu, realitate, cosmos) și până la detaliile vieții personale.

Acțiunea, mișcarea se instituie în alt principiu al psihodramei, care o distinge de celelalte metode de psihoterapie și, în primul rând, de psihanaliză, care sunt bazate pe cuvânt. Astfel, în loc să vorbească despre conflicte, paceintul le exteriorizează prin joc dramatic și expresivitatea mimico-gestuală. De fapt, spre deosebire de psihoterapiile tradiționale, bazate pe mijloace verbale, psihodrama se instituie în prima metodă terapeutică ce recurge la mijloace acționale. Din această perspectivă, fenomenologia clinică și, în primul rând, concretizarea simbolurilor, viselor, delirurilor și halucinațiilor poate fi analizată în acest "laborator psihodramatic". În felul acesta, procesul simbolizării este scos din domeniul limbajului și interpretării, fiind adus în domeniul mai concret al acțiunii. Așa cum subliniază **J. L. Moreno**, "abordarea noastră a fost aceea de studiu al omului în acțiune, momentul fiind nu o parte a istoriei, ci istoria fiind o parte a momentului ("sub species momenti"), cf. **B. J. Sadock**, 1985, p. 189.

Prin această subliniere, **J. L. Moreno** aduce în discuție un alt principiu al psihodramei, pe care-l putem denumi **prezentificare**. Astfel, indiferent de momentul în care s-a petrecut situația în cauză, pacientul o prezintă și o interpretează în prezent. Numai acest "**hic et nunc**" al situațiilor psihodramatice îl menține pe pacient în rolul de actor, în timp ce relatarea (la timpul trecut) a evenimentelor întâmplate l-ar ipostazia în simplu povestitor. Prezentând datele, faptele și situațiile conform principiului "acum și aici", se păstrează spontaneitatea și autenticitatea pacientului, acesta având astfel posibilitatea de a percepe, acționa și simți, cu alte cuvinte de a retrăi situațiile sale de viață.

2. Psihodrama - ca replică metodologică față de psihanaliza clasică

Prin metodologia și prin conținutul său obiectiv, dar și în plan declarativ, psihodrama a fost de la început ipostaziată ca antitetică față de psihanaliza clasică. Astfel, **J. L.**

Moreno, relatează că, în timpul activității sale la Clinica Psihiatrică a Universității din Viena, după ce a asistat la o conferința a lui **S. Freud**, fiind întrebat de către acesta "cu ce se ocupă" ?, a răspuns: "Eu încep acolo unde Dvs. terminați; Dvs. întâlniți oamenii în cadrul artificial al cabinetului, eu îi întâlnesc pe străzi și în casele lor, în mediul lor natural. Dvs. analizați viselor lor, eu încerc să le dau curajul de a visa din nou" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1891).

Spre deosebire de psihoterapia analitică, al cărei "scop ultim" este "analiza totală" (spre a-i oferi pacientului mai mult discernământ analitic decât a putut să-și dezvolte el în mod spontan în timpul vieții), scopul psihodramei este "producerea totală a vieții" (**J. L. Moreno**, 1965, p. 179), în intenția de a oferi pacientului "mai multă realitate", decât i-a oferit până atunci viața. În fapt, scopul psihodramei constă în "a-i asigura pacientului o plenitudine a realității" (**Ibidem**). Astfel, nu prin analiză, ci prin "eveniment trăit" și exercițiu, prin îmbogățirea experienței trăite, pacientul este ajutat să-și lărgească în mod constant controlul și stăpânirea de sine, pe de o parte, și capacitatea de testare a realității, pe de altă parte.

Un element important în cadrul psihodramei îl constituie capacitatea de reprezentare și, în special, forța de reprezentare a situațiilor conflictuale. Spre deosebire de psihanaliză însă, în care orice reprezentare este privită ca o "rezistență", în psihodramă ea este considerată ca terapeutică, întrucât, fiind actualizată, ea poate fi observată și interpretată de către terapeut, ce are astfel posibilitatea cunoașterii unor procese inconștiente.

În sfârșit, asociația liberă din psihoterapia analitică este înlocuită cu creația psihodramatică; în cadrul acesteia, terapeutul cere pacientului nu numai să se exprime liber, ci să prezinte "în mod total", conflictul său personal. Din această perspectivă, terapeutul, dintr-un auditor pasiv, stimulează pacientul în manifestare, având astfel un rol activ, obținând totodată din partea sa un transfer pozitiv.

În ansamblu, putem considera că psihodrama recurge la o modelare și chiar la o transformare a mijloacelor și tehnicilor, ca și a conceptelor psihanalitice, adaptându-le acțiunii psihodramatice.

3. Psihodrama - între psihoterapia individuală și psihoterapia în grup.

Spre deosebire de celelalte psihoterapii, psihodrama pune în locul comunicării verbale mijloace acționale, susceptibile de a reda mai autentic experiențe interne și externe trăite. Astfel, **J. L. Moreno** consideră că, în timpul unei ședințe de psihoterapie, pacientul poate avea o trăire atât de intensă, încât cuvântul devine insuficient ca s-o exprime. În plus, pacientul simte nevoia ca situația pe care vrea s-o exprime să fie vie și de aceea el reconstituie și structurează un episod de viață, într-o formă mai reală, cu mai mare exactitate decât îi permite comunicarea verbală.

Astfel, pacientul relatează, dar mai ales se adresează, în timp ce altul își exprimă

opoziția sau acordul, realizându-se astfel transformarea naturală și spontană a psihoterapiei în psihodramă.

Considerăm că psihodrama constituie o formă a psihoterapiei de grup. Totuși, "psihodrama poate fi aplicată ca metodă de psihoterapie individuală, cu un pacient și un terapeut" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1897). În mod obișnuit însă, psihodrama se prezintă ca o psihoterapie de grup, în cadrul căreia, în jurul protagonistului, ceilalți pacienți adoptă rolul de **Ego**-uri auxiliare. În consecință, deși acțiunea este centrată asupra unui ins, ea implică și pe ceilalți membri ai grupului, care obțin astfel, prin funcția lor auxiliară, un beneficiu terapeutic.

4. Elemente specifice ale terapiei psihodramatice

Spre deosebire de celelalte metode și tehnici de psihoterapie, psihodrama aduce în mod explicit în discuție (atât) prin conținut (cât) și prin metodologie anumite dimensiuni și coordonate universale, pe care le acreditează ca elemente specifice ale acțiunii psihodramatice. Astfel, timpul, spațiul și realitatea sunt principalele elemente pe baza cărora **J. L. Moreno** își întemeiază metoda sa terapeutică, al cărei corolar este acțiunea psihodramatică.

Timpul, implicat cu precădere în psihopatologia tulburărilor afective, este investit de **J. L. Moreno** în "operații terapeutice semnificative". Tocmai de aceea nu este suficient ca cele trei dimensiuni ale timpului să figureze ca "referințe abstracte" în psihoterapie; dimpotrivă, în psihodramă "aspectele psihologice ale timpului trebuie să apară **in toto**" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1891). Într-adevăr, din punctul de vedere al semnificației etiologice, psihanaliza investește **trecutul**; astfel, cu cât un eveniment frustrant sau psihotraumatizant s-a produs mai timpuriu în antecedentele personale ale pacientului, cu atât are un rol mai importamt în determinarea bolii. Trecutul constituie însă o singură dimensiune a duratei, care, prin supraevaluare, "neglijează și distorsionează influența totală a timpului asupra psihismului" (**Ibidem**). Tocmai de aceea autorul psihodramei subliniază **dinamica prezentului**, cu toate implicațiile sale imediate personale, sociale și culturale asupra procesului terapeutic. De asemenea, **viitorul** a fost neglijat ca dimensiune a timpului terapeutic, deși oamenii trăiesc o parte a vieții lor cu ochii îndreptați spre viitor. Tocmai de aceea, dacă în cursul psihoterapiilor, în general, pacienții spun ce s-a întâmplat cu ei, în fapt gândurile lor sunt în mod implicit orientate spre viitor. În psihodramă, spre deosebire de orice altă psihoterapie, pacientul reprezintă prin acțiune modul în care crede că vor evolua situațiile, schițează și actualizează viitorul.

Spațiul, în general neglijat ca parte a procesului terapeutic, este reactualizat de psihodramă; centrată pe acțiune, aceasta încearcă să integreze toate dimensiunile vieții. De fapt, psihodrama caută să actualizeze ideea unei psihoterapii a spațiului în cadrul căreia pacientul acționează într-un mediu modelat după cel în care el s-a dezvoltat.

Realitatea în psihoterapie are în vedere locul în care ea se desfășoară. Astfel,

realitatea cabinetului tradițional de psihoterapie este redusă, rudimentară, o infrarealitate. Tocmai de aceea, ceea ce i s-a întâmplat sau i se întâmplă pacientului nu poate fi prezentat, actualizat, supus confruntării directe, ci rămâne un fapt memorat ce poate fi, cu aproximație, relatat. În consecință, psihoterapia trebuie să facă pasul spre realitatea vieții însăși, a modului în care oamenii își trăiesc propriile acțiuni și relații, spre situația pacientului în cadrul grupului său social. Psihodrama realizează situația terapeutică în care realitatea este stimulată, oferind astfel pacientului posibilitatea învățării unor noi "tehnici de viață", modalități relaționale și stiluri de comportare fără a risca eventuale consecințe severe (care apar în mediul social real).

Abandonați, prin boală, din coordonatele spațio-temporale și ale vieții sociale, pacienții pot fi mai eficient ameliorați dacă, într-un cadru experimental, li se permite dezvoltarea capacității de testare a realității. În cadrul psihodramei, dimensiunile realității sunt exprimate, practicate și reintegrate prin acest mijloc terapeutic modelat după viață.

5. Roluri în psihodramă

În psihodramă rolul este definit ca "forma actuală și tangibilă pe care o ia Sinele individual" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1896) sau ca "forma de funcționare pe care și-o asumă o persoană într-un moment specific, când reacționează la o situație specifică, în care sunt implicate alte persoane și obiecte" (**Ibidem**).

Toți membrii grupului terapeutic, inclusiv psihoterapeutul, își asumă diferite roluri fiind totodată și observatori reciproci. Tocmai de aceea fiecare rol constituie o fuziune de elemente individuale și colective.

În forma sa esențială, psihodrama include: protagonistul sau pacientul index, Ego-ul auxiliar și psihodramaturgul sau terapeutul.

Protagonistul este pacientul central. De cele mai multe ori el alege situația pe care-o consideră necesară de a fi pusă în scenă. Totodată, el oferă regizorului (terapeutului) informații asupra situațiilor, evenimentelor, gândurilor și sentimentelor, ca și asupra simptomelor pe care le consideră necesare spre a fi supuse spre interpretare; în măsura în care cunoaște membrii grupului, el alege, dintre aceștia, persoanele ce vor portretiza Ego-uri auxiliare. Orice psihodramatizare poate avea în vedere situații prezente, trecute sau chiar viitoare.

Dacă în situația aleasă pentru psihodramatizare pacientul a fost singur, o poate interpreta singur, după cum, dacă au fost implicate și alte persoane, acestea pot fi ilustrate în interpretare prin Ego-uri auxiliare.

Spre deosebire de teatrul propriu-zis în care actorului i se cere sacrificarea Eului propriu spre a putea prezenta mai autentic rolul care i s-a dat spre interpretare, în psihodramă pacientului i se cere să fie el însuși. Astfel, cu cât pacientul este mai angajat în rolul său, cu atât se simte mai puțin cenzurat, exteriorizând într-o mai mare măsură aspecte ale propriului inconștient.

Protagonistul, ca regizor, implică o situație relativ obișnuită în psihodramă; este vorba de un protagonist cu mai multă inițiativă, dar mai ales antrenat și exersat de către terapeut. În aceste situații, protagonistul (și nu terapeutul) este acela care alege scena, locul, timpul, ca și Ego-urile auxiliare necesare prezentării acțiunii psihodramatice.

Menținându-se în plan secund, terapeutul face totuși, când este cazul, recomandările necesare pentru o cât mai autentică psihodramatizare. În eventualitatea în care, la intervențiile sale, protagonistul manifestă rezistență, terapeutul poate cere:

- să i se prezinte scena în oglindă, interpretată de Ego-uri auxiliare;
- să i se prezinte altă scenă;
- să fie desemnat alt regizor etc.

Identificarea cu protagonistul este o expectație necesară, iar când nu apare în mod spontan trebuie creată printr-o manevră regizorală. Astfel, pacientul trebuie să simtă că și alți membri ai grupului au probleme asemănătoare și acest mod de identificare extinde aria percepțiilor interpersonale, sporind coeziunea grupului.

Ego auxiliar. Teatrul psihodramatic nu se poate defășura în bune condițiuni dacă personajele cu care protagonistul a fost sau se află în relație nu sunt reprezentate pe scenă ca interlocutori.Definit ca un "membru al grupului care reprezintă ceva sau pe cineva din experiența protagonistului" (**B. J. Sadock**, 1985, p. 1424), Ego-ul auxiliar poate interpreta o persoană din viața pacientului, după cum poate portretiza o halucinație, o idee delirantă, un simbol sau o atitudine.

Cu ajutorul Ego-urilor auxiliare protagonistul joacă planul vieții sale, indiferent cum se alcătuiește acest plan în situația prezentă. În fapt, aceste Ego-uri oferă structura acțiunii psihodramatice și în același timp fac lumea protagonistului reală și concretă. Ego-auxiliar conferă dramatism situațiilor prezentate sau poate crea noi situații, semnificative pentru protagonist. Astfel, Ego-auxiliar determină exprimarea sentimentelor necunoscute și a gândurilor nerostite pe care două persoane (legate printr-o situație de viață) le au una față de cealaltă, completând astfel tabloul despre celălalt, în mintea fiecăruia.

În orice situație însă, folosirea Ego-urilor auxiliare permite explicarea unei largi game de efecte terapeutice disponibile în psihodramă. Se recomandă ca persoana din grup aleasă ca Ego auxiliar să prezinte probleme asemănătoare sau înrudite cu acelea ale pacientului, pentru ca astfel să poată obține un beneficiu terapeutic. Unii terapeuți extind **funcția Ego-ului auxiliar** de la aceea **de interpret**, ce joacă rolul dorit de pacient, la aceea de "**asistent terapeut**", ce dirijează pacientul, și de observator al interacțiunii psihodramatice.

Dublura este Ego-auxiliar care interpretează ce gândește sau ce simte pacientul. Dublura poate sta în spatele protagonistului sau poate mima comportamentul acestuia. De fapt, dublura este utilizată pentru a putea pătrunde, cu ajutorul Ego-ului auxiliar, mai profund în problematica psihologică a pacientului. Acest Ego auxiliar conferă pacientului un al doilea Ego, care acționează ca și cum ar fi însăși acea persoană; acest Ego îl dublează pe pacient și îl ajută să sesiseze și să conștientizeze propriile-i probleme.

Uneori se recurge la **dublura multiplă**, când fiecare dintre acestea interpretează o parte a pacientului sau, mai bine spus, un aspect al personalității sale. Alteori, fiecare dublură ia o anumită ipostază cronologică a pacientului; cum era el într-o anumită situație din copilărie, cum este acum, cum va fi peste un număr de ani.

Oglinda. Când pacientul este incapabil să se reprezinte pe sine, rolul său este jucat de un **Ego auxiliar**. Plasat în **spațiul psihodramatic**, acest **Ego auxiliar** interpretează comportamentul pacientului încercând să exprime sentimentele lui, prezentându-i-le ca într-o oglindă. Atunci când consideră, "oglinda" poate fi exagerată (folosind în acest scop tehnici de distorsiune deliberată) pentru a-l stimula pe pacient și a-l determina să renunțe la pasivitatea sa de spectator și să intervină în corectarea reprezentării oferite de oglindă pentru a o face cât mai fidelă gândirii și simțirii sale. Tocmai de aceea, prin metoda oglinzii, protagonistul, plasat în postura de observator se percepe prin imaginea oferită de Ego auxiliar, descoperindu-și aspecte care până atunci i-au fost necunoscute.

Televiziunea. Acest nou mijloc regizoral folosit în jocul psihodramatic este de natură să lase în umbră "tehnica oglinzii". Într-adevăr, a-ți observa propria conduită (la televizor) este o experință diferită de aceea prin care un membru al grupului caută să exprime comportarea ta prin tehnica oglinzii. Acțiunea interpersonală poate fi examinată în detaliu mai ales când se folosesc metode de play back pe bandă video, situație în care membrii grupului pot face observații atente asupra comportamentului celorlalți.

Terapeutul. Denumit și regizor, monitor sau lider, este un participant la jocul psihodramatic, exercitând totodată o funcție catalitică a tensiunilor care apar în grup. Dacă nu este greu de învățat psihodrama, parcticarea ei reclamă abilități speciale, care impun atât instruirea în psihoterapia individuală și de grup, cât și o experiență psihodramatică personală. Tocmai de aceea, dintre toate metodele de psihoterapie, psihodrama reclamă cea mai înaltă competență din partea psihoterapeutului. Astfel, ca un veritabil conducător de joc, el trebuie să sesizeze motivele și intențiile protagonistului, să le încorporeze în acțiunea psihodramatică, să identifice jocul cu viața subiectului pe care trebuie să-l mențină în permanent contact cu publicul.

6. Grupul psihodramatic și dinamica de grup

Membrii acțiunii psihodramatice alcătuiesc grupul, la care se adaugă **auditoriul**. Atât membrii grupului (participanții), cât și cei ai auditoriului (observatorii) se pot identifica cu personajele și cu evenimentele în curs de desfășurare, beneficiind astfel de experința psihodramatică. Indiferent de situația în care se află, terapeutul permite fiecăruia să facă observații referitoare la desfășurarea acțiunii, contribuind astfel la "testarea realității, o componentă importantă a oricărei psihoterapii moderne".

În vederea alcătuirii grupului terapeutul recurge la **selecția pacienților**, operație care respectă principiile psihoterapiei de grup. În general sunt selecționați pacienți cu simptome ego-distonice, care sunt motivați pentru psihoterapie și au nevoie de ea pentru

a se putea elibera de temeri sau frustrații și a-și mări capacitatea de adaptare și de rezolvare a diferitelor situații. Sunt selecționați de asemenea pacienți capabili de "intuiție psihologică", susceptibili de a interacționa în mod rezonabil cu membrii grupului, de a forma o relație pozitivă cu terapeutul, de a învinge teama prezentării ideilor, sentimentelor și intențiilor.

Jocul de rol constă în preluarea de către pacient a rolului unei persoane implicate în existența sa (părinte, medic etc.), pentru "a învăța" cum funcționează ei în aceste roluri. Jocul de rol este totodată considerat ca "o tehnică de realitate suplimentară" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1893) întrucât pacientul învață abordări ale unor situații și roluri de care se teme, pe care apoi le va aplica în viață.

Inversarea de rol este o tehnică psihodramatică frecvent utilizată, în care protagonistul joacă rolul unei alte persoane cu care interacționează. Astfel, spre deosebire de situația reală în care doi soți certându-se rămân în rolurile lor (expectațiile, temerile, dezamăgirile persistând neschimbate), aici, în inversarea de roluri, fiecare protagonist încearcă să adopte modelul comportamental al celuilalt. În felul acesta distorsiunile perceptuale interpersonale pot fi aduse la suprafață, explorate și, prin acțiune, corectate.

Uneori se constată în mod surprinzător cum un protagonist inflexibil poate deveni chiar opusul său în urma interpretării rolului persoanei cu care era în conflict.

Din perspectivă psihanalitică, metoda inversării de rol constituie o încercare de a-l pune pe A în relație cu inconștientul lui B și pe acesta în relație cu inconștientul lui A. În continuare, terapeutul poate determina pe A să se exteriorizeze liber față de inconștientul lui B și invers, astfel încât, fiecare din cei doi protagoniști poate pătrunde în psihismul celuilalt. Se consideră astfel că "experiența interioară simultană a două roluri opuse are o mare valoare terapeutică" (**J. L. Moreno**, 1965, p. 187).

Solilocviul terapeutic. Monolog al protagonistului **in situ**, solilocviul terapeutic este de fapt "o exprimare în surdină și o acțiune alăturată a unor gânduri și sentimente ascunse, paralel cu gândurile și acțiunile manifeste" (**B. J. Sadock**, 1976, p. 1898). Altfel spus, solilocviul terapeutic este o tehnică specială a psihodramei folosită de pacient pentru a duplica sentimentele și ideile ascunse pe care le-a avut într-o anumită situație, dar nu le-a exprimat. În sfârșit, solilocviul terapeutic are în vedere exprimarea gândurilor și sentimentelor autentice la umbra dialogurilor și scenelor acțiunii principale. Scopul solilocviului este catharsis-ul, iar valoarea sa constă în exercițiul adevărului; prin el se exprimă niveluri mai profunde ale lumii interpersonale a pacientului.

Interpretarea rolului se referă la dramatizarea spontană a unei situații din viața trecută, prezentă sau viitoare a pacientului. Prin interpretare, date, fapte și evenimente din viața pacientului care au fost reprimate sau refulate sunt readuse la lumina conștienței. Totodată, prin acest mecanism, anxietatea legată de evenimentele în cauză este diminuată, în orice caz poate fi dominată. Interpretarea poate fi întrucâtva diferită, în funcție de orientarea psihologică a terapeutului (freudiană, adleriană, jungiană), dar caracterul diferit al interpretării nu schimbă valoarea producției în sine.

Tehnica improvizării spontane este tot o interpretare, dar nu a unor situații și

evenimente din viața protagonistului, ci a unor roluri imaginare de care, în general, el a fost frustrat. Desigur, în această situație multe elemente din propria-i existență se înscriu în rolurile sale fictive, constituind elemente inedite pentru o eventuală interpretare analitică. Totodată, pacientului i se cere ca fără nici un fel de pregătire anterioară să acționeze ca și cum evenimentul pe care-l prezintă s-ar întâmpla în prezent.

Expresivitatea. Psihodrama tinde către o expresivitate cât mai puternică, deși la aceasta se ajunge în mod treptat. Totuși, ea nu trebuie mascată de spontaneitate sau de expansivitate, întrucât excesul de acțiune și comunicare poate masca o autentică exprimare.

Spontaneitatea. Corelată cu autenticitatea, spontaneitatea are în vedere posibilitatea protagonistului (ca și a celorlalți membri ai grupului) de a trăi și exprima gândurile și sentimentele în mod direct, complet și autentic. Spontaneitatea operează în prezent și determină un răspuns adecvat la o situație nouă sau un răspuns nou la o veche situație. În general, la începutul interpretării protagonistul este inhibat și lipsit de spontaneitate, dar el este stimulat și antrenat de Ego-urile auxiliare și completat prin tehnici psihodramatice speciale, ca solilocviul, oglinda și inversarea de roluri. Într-adevăr, practica psihodramatică ilustrează că un protagonist incapabil de spontaneitate în propriile-i roluri poate deveni spontan prin inversarea de roluri.

Autenticitatea. În psihodramă, pacientului i se cere să exteriorizeze gândurile și sentimentele așa cum le percepe, cu o maximă subiectivitate, oricât ar părea de distorsionate. Autenticitatea este strâns corelată cu "expresia maximală", prin care pacientul este încurajat să exprime elocvent și nedisimulat toate ideile, intențiile și sentimentele, ca și delirul sau halucinațiile.

Creativitatea, ilustrată prin stări și acte cu valoare creativă, are nevoie de un catalizator pentru a deveni efectivă. Acest rol este îndeplinit de autenticitate și mai ales de spontaneitate, care este legată de pregătirea pentru act, spre deosebire de creativitate, care este legată de actul în sine.

7. Indicațiile și posibilele aplicații ale psihodramei

În această privință facem o distincție între indicațiile metodei, care au un caracter mai ferm și vizează domeniul medicinei psihiatrice, și aplicațiile sale, care au caracterul de recomandare și au în vedere domenii extramedicale.

Indicațiile psihodramei se referă atât la pacienții spitalizați, cât și la cei cu spitalizare parțială, respectiv la cei din "laboratoarele de sănătate mintală". În linii generale, se consideră că pacienții care pot fi tratați prin psihoterapie de grup sunt susceptibili de a beneficia și de psihodramă. În acest sens, psihodrama poate fi utilizată ca adjuvant al altor metode de psihoterapie sau ca parte a unui program complex de resocializare.

Aplicațiile psihodramei au în vedere unele programe de instruire în domeniul

relațiilor interumane, în care oamenii trebuie să "învețe moduri eficiente de funcționare în situații de viață reale". Ea permite cunoașterea și învățarea unei game largi de abilități comportamentale necesare integrării armonioase în variate grupuri sociale.

În general, se poate considera că "psihodrama este o formă de psihoterapie modelată după viață...ce oferă o mare flexibilitate pentru dezvoltarea și învățarea emoțională"..."În psihodramă, pornind de la propriile vise, speranțe și aspirații, omul își poate crea o lume nouă. Aceasta nu este o pledoarie pentru evadarea din realitate, ci, dimpotrivă, o pledoarie pentru creativitate" (**J. L. Moreno**, 1976, p. 1908), ajutând pe cel în cauză să se integreze adecvat în familie și societate.

BIBLIOGRAFIE

1. Moreno, J. L., *Psychotherapie de groupe et psychodrame* Presse Univ. France, Paris, 1965.
2. Moreno, J. L., *Psychodrama* în: Comprehensive Textbook et Psychiatry (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, eds.). Williams Wilkins, Baltimore, London, 1976, pp. 1891-1909.
3. Sadock, B. J., *Psychodrama*, în: Comprehensive Textbook et Psychiatry (H. I. Kaplan, B. J. Sadock. eds.), Williams Wilkins, Baltimore, London, 1985, pp. 1423-1427.

Capitolul XIII

PSIHOTERAPIA ÎN BOLILE PSIHOSOMATICE

Psihosomatica își propune să introducă în medicină omul ca persoană.

1. Psihosomatica din perspectiva validării etiopatogenetice și a abordării psihoterapeutice

1.1. Patologia psihosomatică - sferă și conținut.

Aria patologiei psihosomatice este rău delimitată, ea fiind diferit apreciată în funcție de conținutul datelor clinice și al mecanismelor patogenetice cu care a fost acreditată. Astfel, patologia psihosomatică poate cuprinde boli sau condiții clinice care implică diferite componente psihologice, după cum aceleași fenomene psihologice (temeri, conflicte, frustrații) pot ocaziona diferite boli psihosomatice. Tocmai de aceea, pentru a considera o boală ca psihosomatică trebuie "să i se găsească o etiologie psihologică" sau "să se includă printre cauzele sale un factor psihologic" (**D. Widlöcher**, 1979, p. 2471).

Fără îndoială că aria patologiei psihosomatice nu se reduce la cele șapte boli denumite ca atare și studiate de școala lui **Fr. Alexander** în anii '60 ai secolului nostru: ulcerul duodenal, astmul bronșic, artrita reumatoidă, colita ulceroasă, hipertensiunea arterială, neurodermita și tireotoxicoza. În această arie - și sub termenul de patologie psihosomatică- poate fi cuprins "ansamblul anomaliilor în funcționarea corpului ce rezultă din interacțiunea organismului cu mediul și din suferințele, conflictele și atitudinile inadaptate care afectează aceste interacțiuni" (**D. Widlöcher**, 1979, p. 2473).

Sub alt unghi, patologia psihosomatică cuprinde pacienții cu boli somatice a căror apariție a fost determinată sau favorizată de o anumită raportare psihică față de lume sau față de ei înșiși. Mai simplu spus, domeniul psihosomatic este constituit din "toate bolile somatice care prezintă componente psihologice" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 260), deși nu trebuie omis faptul că "majoritatea pacienților cu tulburări somatice nu sunt, de obicei, conștienți de faptul că sunt sub stress" (**J. McDougal**, 1974, p. 439), negând astfel în mod conștient contribuția factorilor psihostresanți în apariția bolii lor.

În această inconștientă denegare constă dificultatea abordării psihosomatice și dubla ei decodificare: pe de o parte sub aspectul semiologiei medicale, al elementelor constante, iar pe de altă parte al subiectivității pacientului și al elementelor psihice implicate. În

anamneza și examenul său, înregistrând datele clinice, medicul va fi receptiv asupra semnificației lor psihologice.

Convingerea că **psyche** și **soma** alcătuiesc o reală unitate funcțională prezintă o valoare axiomatică. Totuși, sub aspectul investigației, clinice sau experimentale, cele două laturi nu pot fi abordate în ansamblu, ci în mod separat. Mai mult chiar cercetătorii sunt strict specializați: sau în domeniul biologic sau în cel psihologic. Evident, mijloacele de investigație biologică sunt diferite de cele utilizate în explorarea psihologică. În consecință, conceptele și limbajul în ansamblu sunt diferite pentru cele două domenii de cercetare. Nici în științe de graniță ca neuropsihologia sau psihofiziologia nu s-a putut realiza un cadru conceptual comun și nici noțiuni de legătură care să servească drept "intermediari izomorfi" pentru ambele domenii. În această situație, cercetarea psihosomatică se exprimă prin date de co-varianță ce ilustrează coincidența evenimentelor care se produc în cele două domenii în anumite secvențe de timp.

Conform observațiilor actuale este rezonabil a considera că atât factori biologici, cât și factori psihologici se înscriu în etiologia bolii, dar, pe parcursul evoluției sale, cele două serii de date se deosebesc în mod semnificativ, în funcție de faza istoriei naturale aflate în studiu. Sub acest aspect, este hazardată presupunerea conform căreia datele referitoare la circumstanțele implicate în precipitarea unei boli sau în influențarea evoluției acesteia oferă concluzii relevante pentru înțelegerea factorilor cauzali sau predispozanți ai bolii respective.

Din această perspectivă, etiopatologică, trebuie stabilită aria bolilor psihosomatice, ca și conținutul noțiunii de psihosomatică. Oricum, în acest domeniu nu pot fi înscrise numai cele șapte condiții definite ca **"boli psihosomatice clasice"**, studiate de **F. Alexander** și școala din Chicago, și este rezonabil a considera că toate bolile trebuie situate pe un continuum psiho-somatic, înscriind la un pol pe cele care prezintă clar în etiopatogenie factori psihici, iar la celălalt pol bolile care par independente de acești factori.

1.2. Contribuția factorilor psihosociali la etiologia bolilor psihosomatice.

Perspectiva ecologică și pe un plan mai general medicina socială consideră că starea de sănătate și de boală sunt condiții relative ale unui continuum ce prezintă spre extreme stări pe care insul le trăiește și grupul le validează ca fiind "de sănătate" sau "de boală". Influența grupului asupra validării stării de sănătate a insului este deosebit de puternică și medicina (dar cu precădere psihiatria) transculturală poate prezenta numeroase exemple conform cărora, ceea ce într-o cultură este considerat boală, în altă cultură este apreciat ca stare normală.

Există puncte de vedere, desigur extreme, care consideră că "societatea ca întreg" este în mod fundamental responsabilă pentru fenomenele care se reproduc în fiecare ființă umană. Se argumentează astfel că "formarea caracterului" (prin care autorii

respectivi înțeleg formarea personalității, s.n.), are loc printr-un proces continuu de structurare, desfășurat sub "impactul societății ca întreg". Din această perspectivă, influența societății este apreciată ca fiind mult mai puternică decât a familiei, considerată doar ca un transmițător, mai mult sau mai puțin fidel, al forțelor sociale predominante. Sub acest unghi, omul și mediul său social sunt nu numai interactive și interinfluențabile, ci și inseparabile, iar procesele socio-culturale, funcțiile și expectațiile de rol, personalitatea și Sinele formează un sistem complex și, întrucâtva, dinamic. Din această cauză, factorii considerați etiologici exercită o influență diferită în timp întrucât **sistemul Societate-Sine**, într-o interacțiune continuă, se află în cadrul marelui sistem social, acesta fiind și el supus evoluției și schimbării.

Sistemul psihic uman este structurat însă de-a-lungul unei anumite perioade de timp, măsurată în decenii, și această relativ-stabilă structurare (deși aflată sub o continuă influențare prin **sistemul Sine-Societate**) suportă greu orice schimbare întrucât aceasta implică, pe măsura ei, un anumit efort de adaptare. Tocmai de aceea am considerat că schimbarea, ca și hiperimplicarea, sunt factori cu penetranțe etiologice în apariția bolilor psihosomatice. Concretizând elementele acestor doi factori, se poate considera că plecarea din locurile în care s-a format (respectiv ruperea de "rădăcinile pământului"), ignorarea ritmurilor biologice și cosmice, creșterea ritmului de schimbare în structura socială, creșterea standardizării și limitarea individualizării, anularea creativității manipulative prin standardizarea activității productive, invalidează efortul de adaptare, contribuind la apariția eșecului de integrare. La rândul său, acest eșec de integrare acționează ca o sursă permanentă de frustrare, element etiologic de prim ordin în apariția bolilor psihosomatice.

1.3. Rolul evenimentelor psihotraumatizante, al situațiilor conflictuale și frustrante în apariția bolilor psihosomatice.

Denumiți în mod generic, "evenimente de viață" sau "schimbări de viață", astfel de factori au fost minuțios investigați în ultimele decenii, fiind corelați atât cu apariția stărilor depresive și nevrotice, cât și cu declanșarea bolilor psihosomatice. În ansamblu, studiile consacrate acestor factori constată întotdeauna prezența lor în antecedentele pacienților, dar **ponderea etiologică** acordată este diferită de la un autor la altul. Unele studii din acest domeniu s-au concentrat asupra dimensiunii temporale, respectiv asupra duratei evenimentului, în timp ce altele au fost orientate asupra momentului de apariție.

Se pare că există un consens al opiniilor privind caracterul patogen al evenimentului față de data debutului bolii, în sensul că stres-urile mai recente exercită o influență perturbatorie mai intensă comparativ cu cele mai îndepărtate. În această privință însă este posibil ca cercetările consacrate acestor situații să fie influențate de autoritatea opiniilor filosofului și psihopatologului **K. Jaspers** (1959), care, enunțând condițiile apariției stărilor reactive, a postulat, printre altele că probabilitatea unei stări reactive este mai mare în zilele imediat următoare evenimentului psihotraumatizant, ea reducându-

se treptat, pe măsură ce ne îndepărtăm în timp de evenimentul respectiv. Dacă această aserțiune se verifică în cazul stărilor reactive acute, pentru stările nevrotice ca și pentru bolile psihosomatice ea nu se confirmă; aceste manifestări apar întotdeauna "la distanță", după o anumită perioadă ("de prelucrare" sau de "elaborare") de la evenimentul psihotraumatizant. Această perioadă "de elaborare" este mai elocventă când boala psihosomatică apare după o situație catastrofică (inundații, incendii, cutremure) sau după un deces, când, în general, este vorba de aproximativ 6-12 luni de la data evenimentului până la declanșarea afecțiunii.

Menționăm de asemenea faptul că, în ansamblul factorilor declanșanți, frustrarea este mai patogenă decât pierderea, după cum persistența unei situații psihotraumatizante este mai nocivă decât un traumatism psihic, în ciuda intensității acestuia. În general, psihismul insului poate "să facă față" evenimentelor intens psihotraumatizante, dar se "decompensează" cu ocazia reiterației acestor evenimente, chiar dacă intensitatea lor este mai redusă.

. Cele mai multe studii asupra rolului patogen al evenimentelor și situațiilor psihostresante acordă importanță intensității acestora, amploarea lor și a impactului pentru ins fiind chiar măsurată, codificată, minimalizându-se, uneori ignorându-se, semnificația evenimentului respectiv pentru persoana în cauză. În privința rolului patogenic însă, nu trebuie omis că "ceea ce contează de fapt nu este caracterul obiectiv al acestor evenimente sau circumstanțe, ci răsunetul lor subiectiv" (**D. Widlöcher**, 1979, p. 2478).

Deși nu deținem o informație care să ne permită constatări valide, remarcăm faptul că accentul pus pe amploarea sau gravitatea evenimentelor constituie o caracteristică a cercetărilor din Statele Unite, în timp ce reliefarea semnificației pentru ins a evenimentului, a rolului sensibilității și subiectivității insului caracterizează cercetările europene. Este de la sine înțeles că diferențe de metodologie despart cele două serii de cercetări, dar, în ultimă instanță, este vorba de orientarea predominantă a cercetării: asupra evenimentului sau asupra omului.

Pentru cercetările consacrate gravității evenimentului au fost elaborate **scale de evaluare** în care sunt înscrise tipurile de evenimente susceptibile de a se produce în viața unui ins și care implică un răspuns adaptativ din partea sa. Scalele sunt alcătuite dintr-un anumit număr de itemi (de exemplu 33 sau 43) prezentați în ordinea severității lor, fiecare item fiind cotat cu unități numerice de criză de viață (**Life Crisis Units**) cuprinse între 100 (decesul soțului) și 10 (încălcarea minoră a legii). Desigur, un scor mare reflectă o situație stresantă intensă și reprezintă un risc mai mare pentru o tulburare psihică sau psihosomatică.

De asemenea, au fost elaborate și scale mai complexe, a căror evaluare are în vedere nu numai numărul și tipul evenimentelor, ci și semnificația lor pentru cel investigat. Abordări cu un grad și mai mare de complexitate, înalt elaborate, au în vedere "clusteruri de cauze și combinații de efecte".

Caracterul aleatoriu al acestor efecte este de la sine înțeles dacă avem în vedere semnificația particulară și caracterul individual al răspunsului asupra unuia și aceluiași

eveniment de viață. Predictibilitatea răspunsului și mai ales a apariției bolii este atât de complex determinată, atât de bogat și nuanțat corelată, încât, actualmente, în mod practic, nu este realizabilă. Relevanța patogenică, precum și contingența și concomitența acestor factori pe care noi în mod retrospectiv îi investim ca etiologici, indică aceeași predictibilitate pentru boală ca și mișcarea unui electron. Într-adevăr, cu peste 70 de ani în urmă, referindu-se la structura atomului, **Niels Bohr** considera că principiul incertitudinii este tot atât de aplicabil la mișcarea unui electron, ca și la vicisitudinile existenței ființelor umane.

1.4. "Stresul biologic fundamental", consecință a pierderii afective.

Numeroase studii au fost consacrate reacției organismului în urma decesului unei persoane apropiate, semnificative, înalt investite. În aceste situații, după o perioadă de aproximativ 6 luni apar stări complexe, psiho-somatice, ilustrate prin diminuarea sau abolirea inițiativelor, dispoziție depresivă, reducerea elanului vital, perturbări fiziologice cu consecințe catabolice (prin analogie cu "activarea catabolică") apreciate ca reacție de luptă sau fugă. Pe acest fundal, de stres biologic fundamental, poate apare o situație denumită "întreruperea conservării" cu consecințe metabolice, care pot duce la deces. Se apreciază astfel că "doliul și privațiunea, ca și stările afective negative asociate lor, sunt susceptibile să antreneze reverberații în sfera fizică, afectând însăși capacitatea de menținere a vieții" (**F. M. Reiser**, 1975, p. 488). Aceste date sunt ilustrate prin mai multe cercetări efectuate în ultimii 15 ani. Într-un astfel de studiu, efectuat asupra unui număr de 900 persoane care au avut un deces în familie, s-a constatat că, după un an, rata deceselor la acest grup a fost de 7 ori mai mare comparativ cu un lot martor apariat. Adăugăm faptul că decesul "reactiv", consecutiv pierderii soțului, este frecvent întâlnit la persoanele vârstnice.

În afara acestor situații dramatice, se pare că există patru tipuri generale de reacție la stres, și anume: normală, nevrotică, psihotică și psihosomatică. În prima situație, aceea a răspunsului normal, se consideră că starea de alertă este urmată de o acțiune de defensă, respectiv de apărare psihică. În cea de a patra situație, aceea a răspunsului psihosomatic, defensa psihică eșuează, "iar starea de alertă este transmisă la sistemele somatice, determinând modificări la nivelul țesuturilor" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1850). Astfel, încă din deceniile șase și șapte ale secolului nostru s-a demonstrat (și faptul a fost în mod constant confirmat) că ostilitatea este corelată cu hiperfuncția mucoaselor intestinale, în timp ce depresia și anxietatea determină hipofuncția acestor mucoase.

Tot în aceeași perioadă, în mod clinic și experimental, s-a demonstrat că stresul psihic determină o hiperfuncție a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale ce are drept consecință apariția diferitelor tulburări și chiar boli psihosomatice. Aceste corelații, care își păstrează actualmente validitatea, au fost considerate ca reducționiste, reproșându-li-se așa-numita "cauzalitate lineară", căreia i se opune astăzi "teoria circulară".

În acest context, al reacțiilor la stresul psihic, mai multe studii efectuate în ultimul

deceniu au descris așa-numita stare de "neajutorare-disperare" (**Helplessness-hopelessness**), care subminează capacitățile de coping (de a face față) ale organismului printr-un mecanism patogenic încă neelucidat.

Într-o anumită corelație cu sindromul de neajutorare-disperare a fost descrisă, de asemenea, ca o consecință a stresului, o altă stare, denumită **alexitimie** (**J. C. Nemiah**, 1973 și **P. Sifneos**, 1973). Caracterizată prin incapacitatea de cunoaștere a dispoziției, alexitimia este ilustrată sub aspect clinic prin:

- sărăcirea vieții imaginative;
- rigidizarea, "constricția" vieții emoționale;
- incapacitatea de exprimare adecvată și nuanțată în vederea comunicării dispoziției;
- inabilitatea de autoexaminare și incapacitatea de autocunoaștere.

Incapacitatea acestor pacienți psihosomatici de a aborda problemele "vieții lor interioare" și de a le exprima în cadrul dialogului și al relației medic-pacient a fost denumită de unii clinicieni "**gândire operatorie**", iar de către alții "**hiposimbolism**". În linii generale, se poate considera însă că acești pacienți prezintă o incapacitate de a trăi și de a exprima emoții. Deseori însă această sărăcire emoțională și fantasmatică este mascată de o aparență normală, ceea ce explică, desigur, diferențele constatate între diferiți clinicieni în descrierea sindromului aleximitic.

Constituind tema celei de a 11-a **Conferințe Europene de medicină psihosomatică**, alexitimia nu a fost clarificată sub aspectul patogeniei. S-a presupus astfel că ar exista "mai multe niveluri" de perturbare (afectiv, fantasmatic sau al relatării verbale) la care ar putea apare blocajul. A fost incriminată, de asemenea, o "deficiență profundă", probabil înnăscută, în virtutea căreia, ca răspuns la stimularea externă, se produce numai o mobilizare neurofiziologică fără o antrenare psihologică, sau este vorba numai de o deficiență a relatării verbale. Alte întrebări au în vedere aspectele familiale și culturale ale pacientului alexitimic, precum și posibilitatea abordării și influențării prin acțiuni psihoterapeutice a stării alexitimice.

În încheierea acestui paragraf, menționăm faptul că elementele sindromului alexitimic, întâlnit la unii pacienți psihosomatici, au fost cunoscute și descrise înainte de 1973, când **P. Sifneos** le-a reunit, conferindu-le denumirea sub care s-a impus ca o nouă condiție a patologiei interne. Astfel, referitor la "constricția" vieții emoționale și la sărăcirea vieții imaginative din cadrul sindromului alexitimic, menționăm că **P. Castelnuovo-Tedesco** (1962), prezentase pacienții cu colită ulceroasă ca "singuratici", "detașați", și "deprimați". De asemenea celelalte elemente ale sindromului alexitimic au fost descrise cu exact un deceniu înainte de către **P. Marty, M. M'Uzan și C. David** (1963), în cadrul așa-numitului "pattern caracterial psihosomatic", ilustrat prin: reducerea trăirilor afective, utilizarea săracă a limbajului, gândire operațională, incapacitatea de regresie psihică etc. În sfârșit, unele aspecte ale sindromului alexitimic regăsim și în sinteza comportamentului pacienților psihosomatici descrisă de **J. Reckless** și **A. Fauntleroy** (1972) sub denumirea de "set atitudinal negativ".

Cu toate că problema alexitimiei a fost în mod susținut reluată și raportată (**J. C.**

Nemiah, 1973, 1974; **J. C. Nemiah, P. Sifneos, R. A. Savitz** 1977; **P. Sifneos**, 1973, 1975), conceptualizările autorilor referitoare la caracteristicile alexitimice rămân, după opinia noastră, la nivelul observațiilor clinice și al formulărilor teoretice, fără argumentări experimentale, neurofiziologice sau psihologice.

Menționăm totuși faptul că cele mai multe caracteristici alexitimice întâlnite la pacienți cu tulburări psihosomatice au fost descrise și la pacienții cu sindroame algice cronice și tocmai de aceea ele "pot fi privite ca tulburări psihosomatice în sensul generic al acestui termen" (**J. Y. Pinsky** și **B. L. Crue**, 1984, p. 823). De asemenea, este posibil ca, din perspectiva acestei asemănări, atât pacienții psihosomatici, cât și cei cu tulburări algice, în urma psihoterapiei să își poată identifica și exprima stările afective cu mult mai multă ușurință decât înaintea inițierii ei.

1.5. Boala psihosomatică din perspectivă ecologică și psihoterapeutică.

În lucrarea sa "Aerul, apele și locurile", **Hipocrate** a subliniat nu numai importanța mediului fizic asupra organismului, ci și a factorilor de mediu social, a obiceiurilor și comportamentelor, cu influența lor asupra sănătății oamenilor și în primul rând asupra dezvoltării copiilor. El a descris, din această perspectivă, unele boli pe care astăzi le considerăm psihosomatice, corelând incidența lor cu anumite caracteristici socio-demografice. Se subliniază astfel că Sciții nomazi constituiau un grup populațional infertil datorită unor deficiențe constituționale determinate de deprinderea de a-și petrece cea mai mare parte din timp, călare. Datorită acestui fapt bărbații prezentau, cu o înaltă incidență, edeme și varicozități ale membrelor inferioare, iar femeile tulburări menstruale ilustrate prin cicluri scurte cu flux redus.

Actualmente, a devenit un element al observației curente faptul că diferențele în incidența unei boli la diferite populații sunt în funcție de condițiile mediului în care acestea își desfășoară existența. Din această perspectivă se înțelege cu mai multă claritate că pentru a cunoaște, explica și controla factorii etiopatogenici ai unei boli este nevoie de investigația condițiilor psihologice și a sistemelor ecologice în care trăiesc pacienții respectivi. Cunoașterea bolilor psihosomatice din perspectivă ecologică este strâns corelată și în mare măsură determinată de cercetarea epidemiologică. În acest sens, deși admitem că înalta incidență a bolilor psihosomatice este, într-o anumită măsură, aparentă (prin îmbunătățirea, de ansamblu a condițiilor existenței și prin creșterea calității asistenței medicale), este unanim admisă ideea răspândirii lor endemice.

De asemenea, prin studii "de urmărire" efectuate în ultimele două decenii s-a constatat creșterea morbidității psihiatrice în unitățile de asistență destinate bolilor somatice. Astfel, aproximativ 45% din pacienții internați în secții de boli somatice și 65% din pacienții serviciilor ambulatorii prezintă o tulburare psihică semnificativă care impune un tratament de specialitate. Această creștere rapidă a incidenței bolilor psihosomatice apreciată ca "alarmantă" este corelată cu anumiți factori ai societății contemporane, pe care-i înscriem în sfera noțiunilor de **schimbare** și de **hiperimplicare**.

Cea mai puternică schimbare este determinată de **migrare** și **aglomerare**, fenomene urmate de creșteri imediate ale ratei bolilor psihosomatice, considerate actualmente ca "apanaj al vieții urbane". Astfel de exemple pot fi citate pe toate meridianele și în toate culturile, de la negrii americani care au emigrat spre nordul industrializat și hiperurbanizat, la peruvienii ce emigrează din satele de munte spre orașele din câmpie sau la nigerienii care emigrează în centrele rapid urbanizate.

Vârsta este, de asemenea, corelată cu rata bolilor psihosomatice, în sensul că perioadele din viață cu cea mai mare implicare psihosocială cunosc cea mai înaltă morbiditate psihosomatică. Astfel, studiile au ilustrat că la adolescenți și vârstnici rata bolilor psihosomatice este mai redusă decât la perioadele de vârstă medie. A fost stabilită chiar " o reacție lineară" între incidența bolilor psihosomatice și perioadele cronologice cuprinse între 30 și 60 de ani, zona de maximă incidență fiind "situată între 45 și 59 de ani" (**J. J. Schwab**, 1975, p. 587).

Repartiția pe sexe a bolilor psihosomatice ilustrează o prevalență, în grade diferite, a bărbaților în privința bolilor coronariene, ulcerului gastro-duodenal și a astmului, și a femeilor pentru boala hipertensivă. Rata pe sexe a bolilor psihosomatice cunoaște însă fluctuații în diferite populații, ceea ce subliniază faptul că schimbările sociale și influențele socioculturale nu se exercită în mod uniform și simultan asupra ambelor sexe. În afara factorilor endocrini și genetici care se înscriu cu o pondere variabilă în etiologia plurifactorială a bolii, influențând repartiția ei pe sexe, menționăm că implicarea psihosocială, ca și vulnerabilitatea diferită, determină diferențele în distribuția pe sexe a bolilor.

1.6. Supoziția specificității conflictului psihic și rolul său în răspunsul psihosomatic.

Una din primele teorii asupra etiopatogeniei bolilor psihosomatice a fost aceea a edificării specificității conflictelor psihice. Fiind demostrat faptul că unele boli somatice apar în urma unor situații psihotraumatizante și psihostresante, întrebarea inerentă a clinicienilor a fost aceea referitoare la modul în care după agresiunea psihică apare o anumită boală somatică și nu alta. Într-adevăr, problema teoretică de bază în medicina psihosomatică a deceniilor șase și șapte era aceea a specificității

În vederea elucidării acestei probleme etiopatogenice, **F. Alexander** și colaboratorii au întreprins studii clinice și psihanalitice asupra celor șapte boli psihosomatice clasice: ulcerul duodenal, colita ulceroasă, astmul bronșic, hipertensiunea arterială, artrita reumatoidă, neurodermita și tireotoxicoza. Astfel, pentru ulcerul duodenal trăsătura dinamică specifică o constituie, conform studiilor lui **F. Alexander**, "frustrația dorințelor de dependență". În acest sens, dorința de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viața adultă prin dorința de a fi iubit, îngrijit, spijinit. Este vorba de o fixație a pacientului asupra unor situații de dependență caracteristice fazelor inițiale ale dezvoltării psihice. Această dorință de dependență a pacientului, specifică primilor ani ai copilăriei, intră în

conflict cu ego-ul său adult, ale cărui caracteristici sunt independența și autoafirmarea. Evident, ego-ul (adult) reprimă tendințele orale, dar receptivitatea orală (respectiv aviditatea de stimuli) fiind frustrată, este returnată în agresivitate orală, care însă nu poate fi manifestată și de aceea este și ea reprimată. În consecință, atât pulsiunile oral-dependente, cât și cele oral-agresive sunt reprimate: primele prin rușine, secundele prin culpabilitate, doi factori "interni" de achiziție socială.

În fața acestei situații pacientul are două posibilități, respectiv două modalități defensive:

- dependența latentă cu corolarul ei supracompensarea și
- dependența manifestă.

În prima situație, persoana, care în mod latent este dependentă apare în mod manifest ca activă, implicată, ambițioasă, interesată. În spatele acestei fațade însă, sporește dorința secretă de a depinde de alții, de a primi de la ei grijă și afecțiune; când aceasta nu este realizată, apare o regresie psihologică la forma originară de dependență (hrănirea) asociată cu hipersecreția.

În cea de a doua situație, a dependenței manifeste, tendințele de dependență sunt frustrate nu atât prin reprimare de către factorii interni, cât prin circumstanțe externe; cei în cauză solicită în mod deschis afecțiune și sprijin, dar nu le obțin trăind astfel sentimentul frustrației.

La baza ambelor situații stă conflictul legat de frustrația dorințelor de dependență a persoanei, care nu pot fi satisfăcute în cadrul ambianței sale psihosociale. În această situație, debutul aparent al bolii se produce atunci când:

- tendința de dependență, nesatisfăcută, crește progresiv și nu mai poate fi stăpânită;
- apare privarea externă, prin pierderea persoanei sau situației care-i asigura dependența și în subsidiar securitatea.

Teoria stresului specific include și mecanismul "încorporării stresului pe căi specifice". Astfel, în accepțiunea lui **F. Alexander**, acțiunea unui stres specific se exprimă printr-un răspuns specific la nivelul unui organ predeterminat; alerta și tensiunea prelungită determinate de o situație stresantă, favorizează apariția de manifestări fiziopatologice și, ulterior, de fenomene clinice din partea organelor interne. Astfel, în urma reprimării stresului, persoanele dependente, în funcție de setul genetic, pot prezenta o stimulare excesivă a sistemului parasimpatic, al cărui răsunte în plan clinic este apariția astmului sau a colitei ulceroase.

Alte persoane dependente însă, aflate în situații stresante, nu reprimă ci încorporează stresul, ceea ce determină o suprastimulare a sistemului simpatic, cu stare de tensiune psihică persistentă, care se exprimă clinic prin apariția artritei reumatoide, a migrenei sau a hipertensiunii arteriale. Toate aceste variante relaționale ale conflictului și implicațiile sale au fost denumite de **F. Alexander** "constelații ale conflictului".

De fapt, pe lângă o "**constelație dinamică specifică**", pentru fiecare boală psihosomatică s-a postulat și o "situație de debut" specifică, ilustrată prin evenimentele de viață precipitante, susceptibile să reactiveze conflictul nuclear.

Cu toate că teoria conflictului specific este bazată pe factori psihologici, în esența lor psihodinamici, **F. Alexander** nu ignoră elementele fizice, introducând în ecuație "factorul X", de "**vulnerabilitate constituțională**" a unui anumit țesut sau organ.

În apariția unei boli psihosomatice ar fi implicați astfel trei factori, și anume: conflictul specific, situația de debut specifică (factorii precipitanți) și factorul "X" (constituțional). Sub aspect operațional, în accepțiunea lui **F. Alexander**, boala psihosomatică poate apare la o persoană care prezintă:

- o anumită vulnerabilitate a unui organ sau sistem;
- o constelație dinamică specifică;
- evenimente precipitante care mobilizează conflictul central și înlătură defensele împotriva conflictului.

Analizată prin prisma cunoștințelor actuale, teoria conflictului, în ciuda completărilor sale ulterioare, apare ca hipersimplificatoare. Fără să-și fi pierdut însă din valoare, supoziția conflictului specific este parțială și limitativă, luând în considerare numai anumite fenomene intrapsihice și evenimente interpersonale, corelate cu aspecte constituționale vag determinate.

De fapt, criticile aduse teoriei lui **F. Alexander** asupra patogeniei bolilor psihosomatice pot fi astfel schematizate:

- nu a fost elucidată specificitatea conflictului pentru o anumită boală somatică, respectiv nu se știe dacă un conflict acreditat ca specific pentru o anumită boală este diferit sau nu, de conflictul asociat cu altă boală; cu alte cuvinte, nu pot fi făcute predicții nosografice pe baza conținutului conflictelor psihice;
- a fost numai parțial confirmată și validată corelația dintre conflictele psihologice specifice și modificările fiziologice și vegetative specifice;
- axat pe teoria psihodinamică, **F. Alexander** a considerat ca fapte certe unele elemente și concepte psihanalitice (care s-au dovedit a fi discutabile și ipotetice) ipostaziind ca elemente etiologice anumite "constelații conflictuale" inconștiente.

Trebuie să admitem însă că studiile consacrate supoziției specificității conflictului au permis acumularea unei mari cantități de date, dintre care multe au fost confirmate și replicate, fiind apoi încorporate ca elemente valide în sistemul explicativ al medicinei psihosomatice și al psihopatologiei clinice. Cu toate limitările sale, teoria lui **F. Alexander** este apreciată ca "o forță teoretică majoră în domeniul psihosomaticii" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1850).

1.7. Profilul personalității pacientului psihosomatic din perspectiva procesului psihoterapeutic.

Perioada de avânt a medicinii psihosomatice din anii '60 ai secolului nostru a coincis cu ample investigații psihologice aplicate în scopul clarificărilor etiologice. Astfel, prin utilizarea de chestionare, interviuri structurate și teste proiective au fost descrise profiluri de personalitate care se doreau specifice fiecărei boli psihosomatice. S-a descris astfel

personalitatea astmaticului, a coronarianului, ulcerosului, coliticului etc., prin care se încerca explicarea vulnerabilității psihice a respectivilor bolnavi cu afecțiuni psihosomatice.

Aceste studii au rămas încă sub umbra unui mare semn de întrebare, și anume: trăsăturile de personalitate, comune pacienților cu aceeași boală psihosomatică, au constituit un factor de vulnerabilitate pentru aceasta sau, dimpotrivă, boala psihosomatică respectivă, prin existența și evoluția ei, a conturat pacienților în cauză un anumit profil de personalitate ? La această întrebare nu se putea răspunde decât prin studii longitudinal-prospective, ori, profilurile de personalitate respective erau descrise numai prin studii secvențial-retrospective. Independent de acest răspuns, profilul personalității pacienților cu boli psihosomatice prezenta interes din punctul de vedere al abordării psihoterapeutice: metoda de psihoterapie ce urma să fie aplicată trebuia adecvată nu bolii somatice, ci profilului personalității pacientului.

Cercetările ulterioare au constatat însă că profilurile de personalitate nu se bucură de dorita specificație nosografică, asemănându-se între ele până la identitate. Lipsite de specificitate, aceste profiluri ale structurii psihice și-au pierdut utilitatea și interesul din perspectiva abordării terapeutice.

1.8. Necesitatea psihoterapiei bolilor psihosomatice din considerente etiopatogenetice.

Orientarea psihosomatică în medicină s-a dezvoltat în mod treptat, începând cu "studiile de caz", care, prin acumulare, au dat naștere teoriei "lineare" multifactoriale, aceasta atribuind factorilor psihologici și psihosociali un anumit rol în ansamblul fenomenelor etiologice și patogenetice. Școala din Chicago, sub conducerea lui **F. Alexander**, a sintetizat și acești factori, integrându-i într-o teorie ce cuprinde:

- o anumită structură morfofuncțională specifică;
- configurații specifice ale conflictelor și defenselor psihice;
- situații psihosociale precipitante specifice.

În cadrul acestui **model etiopatogenetic linear**, psihoterapia trebuia considerată drept componentă esențială a tratamentului întrucât, din perspectiva acestei secvențe lineare, cauză-efect, conflictul psihic reprezenta o verigă a lanțului cauzal. Sub acest unghi, medicina psihosomatică "a cunoscut o eră de triumfalism ... în care demonstrarea legăturilor dintre tulburările somatice și factorii psihologici constituia un demers necesar în vederea recunoașterii existenței unei patologii psihosomatice, pentru ca bolnavii să poată fi ajutați în consecință" (**D. Widlöcher**, 1979, p. 2473).

Noile date de neurobiologie și psihofiziologie implică mecanisme neuro-psiho-endocrine ca funcții-cheie care leagă evenimentele din domeniul psihofiziologic cu cele din domeniul psihosocial. Într-adevăr, în ultimile decenii cercetarea psihosomatică s-a lansat în studii experimentale de psihofiziologie clinică, pentru ca actualmente să asistăm la investigația extensivă, fundamentală și clinic-aplicativă, al cărei amplu evantai cuprinde

probleme extrem de variate, de la neurobiologia celulară până la patologia psihosomatică transculturală. Dacă în urmă cu două sau trei decenii contribuțiile în domeniul psihosomaticii proveneau de la clinicienii cu orientare psihanalitică, actualmente în cercetarea psihosomatică sunt angajați atât neurobiologi și biochimiști, cât și psihiatri și psihologi comportamentiști.

Considerat din perspectiva unei determinări multifactoriale, somato-psiho-sociale, ca un sistem informațional deschis, omul permite o circulație neîntreruptă de informație și schimburi energetice, de la cele mai profunde procese metabolice intracelulare până în câmpul social ce include forțe sociale și influențe culturale. Acestea sunt premisele științifice care permit trecerea de la teoria lineară psihosomatică la teoria circulară somato-psiho-somatică a patologiei bolilor psihosomatice, în care, pe lângă factorii psihologici, sunt implicați factori genetici și biochimici, care devin operanți prin activarea în condiții particulare a unor complexe mecanisme psiho-neuro-endocrine. În acest context, "factorul psihic" nu mai prezintă nici o prioritate și nici exclusivitate; fără a fi minimalizat și cu atât mai puțin ignorat, el este integrat într-un complex plurifactorial pe care, spre a fi mai bine înțeles, îl prezentăm în mod schematic și totodată secvențial.

Astfel, considerând etiologia și patologia ca procese stadiale, iar istoria naturală a bolii ca o succesiune de faze, constatăm că factorii etiopatogenetici, specifici și nonspecifici, sunt implicați în proporție relativă, în funcție de stadiul patogenetic și de faza procesului patologic. În mod convențional, denumim aceste faze ale bolii:

- **premorbidă** (care precede apariția bolii manifeste fiziopatologic sau clinic);
- **de precipitare** (în care pot fi evidențiate modificări psiho-neuro-endocrine nonspecifice) și
- **a bolii constituite**.

În **faza premorbidă** se pune problema "programării" predispoziției pentru o boală specifică la o persoană care va fi, probabil, ulterior afectată. Această programare poate să implice sistemul nervos cu pattern-uri de răspuns și circuite efectorii autonome și endocrine, cât și țesuturile periferice, cu pattern-uri ale funcționării organului sau ale răspunsului tisular.

Se cunoaște actualmente faptul că pentru cele mai multe boli somatice și psihice o "informație programată" este transmisă genetic. Totuși, pattern-ul transmisiei are, de obicei, o penetranță incompletă și, în această situație, alți factori din arealul cauzal contribuie în mod fundamental la crearea predispoziției "constituționale" a bolii.

În cadrul dezvoltării insului (al evoluției sale "developmentale") sunt invocate anumite perioade "critice", în timpul cărora sistemele neurovegetative, responsabile de reglarea unor funcții fiziologice, sunt "deschise" sau sensibile la diferite influențe, precum și la evenimente trăite. Mai mult, se consideră că în aceste perioade "cruciale" sistemele neurovegetative sunt deosebit de vulnerabile atât la sensibilizare (fiziologică), cât și la condiționare (psihologică). În acest sens a fost invocată o **"învățare viscerală"**, respectiv o anumită posibilitate de condiționare autonomă ce are loc în aceste perioade critice, care realizează o predispoziție pentru **pattern**-uri patogene de inervare viscerală cu înaltă

specificitate care pot fi activate în condiții adecvate (particulare) din viața de adult. Se realizează astfel o "preprogramare specifică" pentru eventuala boală psihosomatică în care sunt implicați atât factori genetici, cât și psihologici ("**developmentali**"), aflați în complexe interrelații. Ulterior, aceste **pattern**-uri patogene de inervare viscerală, timpuriu condiționate, pot fi întărite în cadrul relațiilor mamă-sugar, iar apoi, în viața adultă, prin relațiile prezumtivului pacient ,cu mediul familial. În acest sens, unele studii au arătat că o astfel de predispoziție "constituțională" fundamentală, de sorginte genetică, exprimată în comportament (ilustrată de exemplu prin nevoia excesivă a copilului de a fi hrănit și îngrijit), poate influența și modela, în sensul acestor exigențe, comportamentul mamei. Acesta, la rândul său, va influența și va modela comportamentul ulterior al sugarului, care va deveni un veritabil feedback al comportamentului mamei. În felul acesta poate fi realizat, în mod gradat, nucleul unui "conflict central" în dezvoltarea personalității, conflict legat specific de predispoziția "constituțională" genetică.

Desigur, în cadrul evoluției ulterioare se vor dezvolta "apărări" (**defense**) reactive sau protectoare față de această parte vulnerabilă a personalității insului. Aceste apărări, respectiv această matrice defensivă, prezintă un grad variabil de stabilitate și valoare cantitativă susceptibilă de a rezista sau de ceda la acțiunea factorilor frustranți sau psihotraumatizanți din mediu.

Persoana cu predispoziția developmentală epigenetică mai sus menționată, ilustrată prin vulnerabilități bio-psiho-sociale specific modulate, confruntată în viața adultă cu evenimente stresante, dacă nu beneficiază de o matrice defensivă eficientă, nu poate face față tendinței de reactivare a conflictului central, format în perioada inițială a structurării personalității sale, situație ce marchează "trecerea în faza a doua, de "precipitare" a bolii psihosomatice.

Spre deosebire de faza premorbidă sau premonitorie a bolii, în care elementul central îl constituia "**preprogramarea specifică**", în **faza de precipitare** accentul revine asupra factorilor nespecifici, sau, mai corect spus, asupra efectelor nespecifice psihoneuroendocrine la stres, în care rezistența psihică a persoanei joacă un rol esențial. Astfel, anumite situații psihostresante din viață, care prin semnificația lor sunt legate de istoria insului și de organizarea personalității sale (respectiv legate de natura conflictelor nucleare rămase nerezolvate dar active pot determina o perturbare a sistemului defenselor psihice, cu reactivarea acestor conflicte. Prăbușirea defenselor psihologice, în condiții psihostresante, determină însă și o reducere a capacității fiziologice de apărare, cel în cauză fiind supus astfel unor reacții patologice nespecifice.

La aceste situații psihostresante vor răspunde prin manifestări clinice nonspecifice mai ales cei care prezintă o preprogamare specifică, iar modalitățile acestui răspuns pot fi diferite. Astfel, situațiile psihostresante pot antrena reacții neurovegetative și endocrine, care, la rândul lor, pot influența diferite funcții și procese psihice. Desigur, vor fi influențate în primul rând procesele afective cel mai puternic implicate și mai direct dependente de modificările biochimice, enzimatice și metabolice. Mai mult, se consideră că "presiunea permanentă" din partea conflictului nuclear, psihologic activ, la persoane

cu un slab sistem defensiv, poate pune în mișcare reacții ciclice prin care procesele psihice implicate în evaluarea pericolului vor deveni în mod progresiv tot mai primitive și mai regresive, ca o consecință a răspunsurilor fiziologice pe care ele le evocă. La rândul lor, aceste răspunsuri, inițial fiziologice, vor deveni tot mai intense și mai dezadaptate, pe măsură ce semnalele de pericol sunt evaluate ca fiind mai alarmante. În acest context, circuitele patogene preprogramate, până atunci inactive, se activează, stabilind conexiuni cu fibrele aferente ce duc la viscerele corespunzătoare, inducându-le manifestări fiziopatologice.

Într-o evaluare sintetică a fazei de precipitare se poate considera că stresul psihosocial are un rol mai elocvent, determinând, un răspuns nespecific din partea sistemului neurovegetativ și endocrin ce poate pregăti calea pentru un răspuns patogen mai specific. În fapt, predispoziția specifică este stabilită în perspectivă onto- și filogenetică prin interacțiunea dintre experiențele precoce cu semnificații patologice și virtualitățile genetice în cadrul unor procese somato-psiho-somatice.

În **faza** a treia, a **bolii constituite** are loc o combinare a mecanismelor specifice și nonspecifice, al cărui rezultat va influența evoluția bolii, determinând exacerbări, complicații sau ameliorări. În eventualitatea evoluției progresive a bolii se produce o diminuare a rezervelor funcționale ale organismului afectat, ca și ale organismului în general, ceea ce duce la o slăbire a reacțiilor adaptative și a răspunsurilor nonspecifice la stres, a căror consecință va fi o creștere semnificativă a tulburărilor nonspecifice ale sistemelor fiziologice și mecanismelor homeostatice.

De asemenea, pe măsura evoluției bolii, percepția și semnificația ei devin tot mai elaborate în imaginea de sine a pacientului, tot mai încorporate în viața sa psihică și, în mod particular, în aria conflictelor. Astfel, în această fază a bolii constituite, pacientul elaborează fantasme cu privire la boală și la manifestările ei clinice, asumându-le sensuri simbolice, după care încorporează aceste fantasme, sensurile lor simbolice, ca și alte reacții psihologice față de boală, în imaginea sa corporală și în viața sa psihică.

Toate aceste elemente apar ca reacții psihologice față de boala somatică și sunt considerate, sub un anumit unghi, ca fenomene somato-psiho-somatice. În consecință, vor apărea idei cu semnificație simbolică asociate cu răspunsurile fiziopatologice activate. Este posibil ca aceste semnificații simbolice idiosincratice, corelate bolii somatice, să se asocieze cu evenimentele vitale actuale ale existenței psihosociale a pacientului și cu conflictele sale intrapsihice. Rezultatul acestor corelații va fi accentuarea semnificațiilor simbolice asociate cu boala, ca și cu semnale și simptomele sale, fenomen care va fi în mod elocvent reflectat în conținutul asociațiilor libere ale pacienților aflați în psihoterapie.

Din perspectiva noilor date oferite de științele neurobiologice, secvențele de cauzalitate lineară (în cadrul cărora factorului psihic în etiopatogenie și terapie îi revenea un rol esențial) apar ca simpliste și, întrucâtva, reducționiste. Ele însă nu au fost infirmate, menținându-se în actualitate, dar nu în mod independent, ci în cadrul unui amplu sistem în care sunt integrate. Desigur, dezinvestirea elementului psihic din situația de factor

etiologic unic și înscrierea sa într-un amplu context plurifactorial, unde fără îndoială deține un rol esențial, atrage după sine reanalizarea validății metodelor psihologice în terapia bolilor psihosomatice în funție de noile condiții etiologice. Astfel, în cadrul modelului etiologic linear se consideră că o boală psihosomatică justifică prin ea însăși, cel puțin din punctul de vedere teoretic, un tratament psihologic, a cărui aplicare corectă trebuia să determine ameliorarea sau vindecarea.

În activitatea sa practică, medicina psihosomatică, și cu atât mai puțin medicina clinică în ansamblu, nu s-a lăsat indusă de această aserțiune teoretică, recurgând întodeauna la medicația somatică și în primul rând farmacologică, chiar dacă aceasta nu are decât rareori o acțiune etiologică, ci mai mult patogenică și simptomatologică.

Actualmente, în cadrul modelului etiologic circular, somato-psiho-somatic, expectația realistă pornește de la interacțiunea factorilor psihologici cu cei sociali și biologici. În această situație metodele psihologice în terapia bolilor psihosomatice par mai puțin implicate, iar rezultatele psihoterapiei sunt mai indirect și mai slab expectate decât erau considerate din perspectiva modelului etiologic linear. Impusă în ansamblul măsurilor terapeutice de relevanța factorilor psihologici (apreciați de terapeut ca etiologici), psihoterapia poate aduce o contribuție semnificativă, uneori substanțială, în vindecarea sau la ameliorarea status-ului clinic al pacientului psihosomatic.

1.9. Psihoterapia în bolile psihosomatice, consecință inerentă a unei abordări clinico-terapeutice holistice.

Psihoterapia bolilor psihosomatice deschide astăzi un domeniu nou, în mod logic invocat, dar în același timp controversat.

Tratamentul psihologic al bolilor psihosomatice este mai ales în mod teoretic expectat întrucât "factorul psihic" a fost în mod inerent implicat în etiopatogenia acestor boli. Pe de altă parte, viziunea holistă și (din perspectiva etiopatogenică) plurifactorială a bolii impune, cu necesitate, o abordare terapeutică globală. Schițată ca tridimensională, somato-psiho-socială, etiologia bolilor psihosomatice caută să răspundă acestui deziderat aducând argumente (cu un coeficient de validitate în funcție de boală) din toate cele trei domenii: biologic, psihologic și social.

Conform datelor actuale, dar și modului de gândire, pare axiomatic faptul că cele mai pertinente, mai valide și mai reliabile argumente etiologice sunt oferite de datele biologice. Se impune a preciza însă că, asupra acestui front, medicina s-a angajat în mod concret, dintodeauna și cu toate forțele. Folosindu-se de științele exacte, "pozitive", care nu numai în cunoașterea omului, ci și a naturii au servit biologia, medicina actuală a devenit ea însăși biologică. Pretutindeni și "de facto" biologică, și în mod general bazată pe o organizare socială, medicina actuală este numai metaforic psihologică. Acest capitol încearcă să confere conținut metaforei, s-o apropie de realitate subliniind dimensiunea psihogenă a medicinei, deși acceptăm ca axiomatic faptul că datele psihomaticii și psihoterapiei nu au același grad de validitate ca acelea ale biologiei.

Concepția holistică asupra omului bolnav, în care răspunsurile față de agresiunile corporale și morale sunt indisociabile, nu s-a impus ca un demers concret în medicina clinică, deși cunoaște o tradiție hipocratică. Mai mult, deși cunoscută din medicina antică, această concepție holistică a fost păstrată mai mult în viziune filozofică decât clinică; astfel, în mod practic, medicina a aplicat concepția holistică la boală, cu implicațiile sale asupra marilor sisteme funcționale ale organismului, lăsând în plan secund răsunetul ei asupra omului. În medicina tradițională și poate într-o mai mare măsură în medicina științifică actuală, boala a constituit obiectul activității și cercetării clinice, în timp ce sensul și trăirea bolii au rămas un domeniu al gândirii filozofice. Tocmai de aceea, deși abordarea holistică este de sorginte antică, medicina psihosomatică "a devenit un domeniu specific de preocupare abia în ultimele patru decenii" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1843).

Tendința de a înlocui modelul biomedical cu un model comprehensiv și mai realist, biopsihosocial, constă în argumentarea aserțiunii conform căreia nu numai datele biomedicale sunt reale, ci și cele psihologice, care, din perspectiva noilor cercetări, sunt nu numai general-constatabile, deci reliabile, ci și obiectivabile. Într-adevăr, studiile ultimelor decenii aduc dovezi tot mai convingătoare asupra implicațiilor emoțiilor, conflictelor, tensiunilor și atiudinilor, capabile de a influența nu numai comportamentul persoanelor bolnave, "ci și predispoziția, debutul și evoluția multor boli" (**P. H. Knapp**, 1980, p. 1853).

Toate aceste dovezi nu diminucază însă, și cu atât mai mult nu exclud contribuția datelor biologice, care, în aceeași perioadă, au fost "pur și simplu explozive" (**Ibidem**), dar ceea ce dorim a sublinia este faptul că noile cercetări atestă implicarea factorilor psihici în înțelegerea schimburilor dintre sistemul nervos și procesele somatice periferice, în activitatea mesagerilor neuronali și endocrini, a receptorilor și a sistemelor enzimatice. Nu considerăm că integrarea datelor și explicațiilor psihologice în ansamblul teoriilor etiopatogenice, până acum exclusiv neurometabolice și genetice, "răpesc cunoașterii medicale exclusivitatea asupra bolii" (**D. Widlöcher**, 1979, p. 2471) și "reduc puterea medicală" (**Ibidem**), ci, dimpotrivă, exprimăm opinia că această integrare a factorilor psihici întregește cunoașterea bolii, căreia îi conferă autenticitate și realism.

Izvorâtă din filozofie, psihologia, prin datele și observațiile sale, aduce în medicină o morală a adevărului și realismului. La rândul ei, concepția psihosomatică, până acum privită ca o filozofie a medicinei, aduce actualmente, prin punctul de vedere psihologic, un argument științific, înscris de alți factori, în procesul etiologic. Implicați în etiologie, în manifestarea ca și în evoluția bolii, dimensiunea psihologică nu poate lipsi din terapie. Ea nu poate lipsi din abordarea terapeutică mai ales pentru faptul că aceasta este în medicină rareori etiologică, fiind de cele mai multe ori simptomatică. Așa cum se va constata în continuare, abordarea psihoterapeutică beneficiază astăzi atât de metode cu extensie etiologică (psihoterapia psihodinamică), cât și de metodele cu acțiune fenomenologică (simptomatică) ce vizează manifestarea clinică "actuală", prin psihoterapia comportamnetală. Pentru a înțelege însă mai bine modul lor de acțiune, precum și locul lor în ansamblul măsurilor terapeutice, prezentăm mai întâi principalele aspecte ale medicinei psihosomatice privite în special din perspectiva activității clinice.

2. Probleme metodologice în abordarea psihoterapeutică a pacienților psihosomatici

2.1. Particularități ale relației medic-bolnav în medicina psihosomatică, din perspectivă psihoterapeutică.

Relația medic-bolnav, cheie de boltă în orice abordare psihoterapeutică, prezintă nu numai particularități, ci și dificultăți în patologia psihosomatică. Numeroși factori, care, în linii generale, țin de pacient, de condiția somatică, dar și de terapeut, stau la baza acestor dificultăți. Astfel, spre deosebire de nevrotici, capabili să-și exprime problemele emoționale și atitudinea față de boală, pacienții psihosomatici sunt "alexitimici", cu o anumită incapacitate de abordare a vieții lor interioare, cu o redusă posibilitate de exprimare în cadrul dialogului cu terapeutul. În plus, "pacientul psihosomatic, eludând responsabilitatea pentru boala sa, izolează organul bolnav și-l prezintă medicului pentru diagnostic și vindecare. Pacientul își satisface astfel nevoia infantilă de a fi îngrijit în mod pasiv, negând în același timp că este un adult, cu toate stresurile și conflictele implicate în această situație" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1975). De asemenea, când pentru pacient preocuparea principală nu o constituie boala, cu cauzele și semnificația ei, ci tulburarea fizică, este mult mai greu de stabilit o relație terapeutică utilă. Tocmai de aceea este axiomatică afirmația că "o relație terapeutică eficientă se poate dezvolta numai atunci când pacientul înțelege că problemele sale emoționale justifică psihoterapia, chiar dacă boala fizică este aceea care i-a afectat funcționarea" (**Ibidem**).

Dificultatea stabilirii unei relații armonioase între medic și bolnav este deteminată și de o percepție diferită a bolii de către medic și de către bolnav. Astfel, în timp ce medicul consideră boala prin prisma unui set de factori fiziopatologici, "pentru pacient semnificația bolii include factori psihologici, sociali și ambientali. De fapt, relația medic-pacient poate constitui, în sine, un instrument terapeutic eficient, dacă factorii care alcătuiesc această relație sunt considerați ca părți ale evaluării comprehensive a sănătății" (**A. J. Enelow**, 1980, p. 1983).

Calitatea relației medic-bolnav condiționează în mod particular evoluția afecțiunii somatice, constituind un element adjuvant deosebit de important al terapiei farmacologice. Astfel, "prin modularea și ameliorarea suferinței psihologice a pacienților, relația medic-bolnav poate exercita efecte benefice asupra simptomelor și evoluției bolii, iar uneori poate mări efectele farmacologice dorite ale medicamentelor" (**F. M. Reiser**, 1975, p. 478).

Dimpotrivă, o relație terapeutică, inadecvată, slab calitativă, prejudiciază nu numai evoluția clinică, ci și responsabilitatea terapeutică, ocazionând mai multe intervenții ale pacientului asupra medicului. Astfel, într-un studiu asupra unui număr de peste 1000 pacienți cu afecțiuni somatice aflați în tratament ambulator, la aproximativ 25% dintre ei consultația medicală se reducea la reînnoirea rețetei. Acești pacienți, urmăriți în

continuare, prezentau nu numai insatisfacția determinată de caracterul superficial și formal al relației, ci și de o stare psihosomatică precară, ilustrată prin "senzații corporale neplăcute", ceea ce determina un număr mai mare de intervenții, interogații și consultații la medic comparativ cu grupul de control. Tocmai de aceea, pentru a ameliora relația terapeutică, se recomandă înlocuirea prescrierii repetate printr-o "comprehensiune empatică pentru problemele pacientului" (**A. Haynal, W. Pasini**, 1978, p. 8).

În bolile psihosomatice relația medic-bolnav prezintă două aspecte, în funcție de faza acută sau cronică a afecțiunii.

În faza acută, terapeutul adoptă față de pacient o atitudine suportivă, având ca preocupare principală diagnosticul. În acest sens el explorează structura personalității pacientului și istoria vieții sale interesându-se de:

- situațiile psihostresante din viața pacientului;
- "contribuția" pacientului la apariția bolii sale;
- reacția psihică a pacientului față de boală.

În faza cronică a bolii, preocuparea esențială a terapeutului constă în stabilirea unei "alianțe de lucru" cu pacientul, respectiv de realizare a așa-numitei "alianțe terapeutice". În această fază însă dificultatea constă în faptul că pacienții psihosomatici cronici sunt și mai reluctanți decât cei acuți în stabilirea unei relații terapeutice.

Relația medic-bolnav, în general, și în patologia somatică, în special, asigură succesul cunoașterii bolii, ca și al măsurilor terapeutice întreprinse, indiferent de conținutul metodelor sau tehnicilor folosite. Desigur, calitatea ei chezășuiește succesul psihoterapiei. Sub acest aspect, al importanței relației medic-bolnav în actul terapeutic, un rol esențial revine psihologiei dinamice și, desigur, lui **S. Freud**, care "a scos relația, terapeutică dintre medic și bolnav din cadrul religios, al speranței și credinței, și a introdus-o într-un dinamism intelectual inteligibil" (**H. I. Kaplan**, 180, p. 1849).

Într-o apreciere de ansamblu, putem considera că relația medic-pacient, domeniu încă insuficient investigat, prezintă un potențial terapeutic ce nu a fost pe deplin fructificat. În formă oportună adecvată (în funcție de fenomenologia clinică atât de nuanțată), această relație condiționează toate instanțele faptului clinic, de la investigație și diagnostic până la asigurarea succesului actului terapeutic.

2.2. Obiectivele și conduita psihoterapeutului în abordarea pacienților psihosomatici.

Datorită dificultăților mai sus menționate, psihoterapeutul trebuie să dovedească răbdare, prudență, încredere și, desigur, competență. Aceste calități sunt cu atât mai necesare, cu cât, spre deosebire de pacienții psihici, cei psihosomatici sunt a priori neîncrezători în eficiența psihoterapiei. Mai mult, ei minimalizează sau contestă nu numai semnificația patogenică a situațiilor psihostresante trăite și posibilitățile metodei, ci și cunoștințele sau însăși persoana terapeutului. Cu toate aceasta, el nu trebuie să omită că toate aceste dificultăți aparțin numai perioadei inițiale a psihoterapiei, păstrând încredere

în șansele pe care i le oferă metoda. În această privință, în bolile psihosomatice prin excelență, conceptul cheie este felxibilitatea tehnică, în virtutea căreia el va adopta o atitudine ce poate fi înscrisă pe un amplu evantai între nondirectiv și directiv.

2.2.1. Prudență și risc în abordarea psihoterapeutică. Există numeroase situații în care psihoterapeutul, medicul, în general, este idealizat și înalt investit de către pacient. Această tendință este determinată de anumite trăsături ale personalității pacientului, întâlnindu-se mai ales la cei anxioși, dependenți, cu slabă autostimă și, în general, la cei care în viața curentă au avut nevoie de continuă reasigurare, de o atitudine securizantă din partea celorlalți. Această acreditare profesională și tehnică din partea pacientului este, până la un anumit grad, terapeutică și, "în general, medicii și psihoterapeuții trebuie să accepte idealizarea lor de către bolnavi" **(G. M. Rodin**, 184, p. 581). Totuși, în privința pacienților care prezintă condiții medicale cu evoluție progresivă, terapeutul trebuie să fie prudent în a accepta rolul omnipotent conferit de către pacient, pentru a evita dezamăgirile, care, în aceste situații, apar în mod inerent. Se recomandă chiar ca aceste investiții nejustificate ale pacientului, pe care prognosticul bolii nu le poate permite, să fie încă de la începutul terapiei interpretate și clarificate, pentru a nu se ocaziona dezamăgiri și reacții negative. Tocmai de aceea, terapeutul, circumspect în intervențiile sale inițiale, va sugera pacientului că nu este sigur că boala lui somatică va fi ameliorată sau vindecată prin psihoterapie, dar că există probleme în viața pacientului (ca și în evoluția bolii) care ar putea fi identificate în timpul ședințelor și asupra cărora s-ar putea acționa eficace, contribuindu-se în acest mod la ameliorarea stării sale somatice.

2.2.2. Dificultăți ale abordării psihoterapeutice a pacienților cu tulburări psihosomatice. În mod aparent surprinzător, abordarea psihoterapeutică a pacienților psihosomatici este mult mai dificilă decât aceea a bolnavilor psihici, din următoarele motive:

- denegrarea corelației dintre situațiile stresante și boala somatică, precum și a faptului că la apariția bolii pacientului se află încă sub influența stresului;
- noncomplianța pacientului psihosomatic față de psihoterapie, datorită influențelor culturale care acreditează (uneori cu virtuți magice) terapiile somatice; aceasta îl determină să manifeste
- o atitudine rezervată, distanțată și uneori sfidătoare față de psihoterapie; care la rândul ei condiționează
- slaba capacitate de dezvoltare a resurselor transferențiale;
- disponibilitățile reduse de introspecție și autocunoaștere ale pacientului psihosomatic;
- incapacitatea de comunicare adecvată și nuanțată a stărilor psihice trăite în condițiile bolii somatice;
- slaba manifestare a simptomelor egodistonice;
- dificultatea terapeutului de a găsi "material" adecvat de prelucrare psihologică.

Datorită acestor dificultăți, ca și insuficientei pregătiri a medicilor în abordarea psihologică a pacientului psihosomatic, "psihoterapia este adesea trecută cu vederea ca

formă de tratament în medicina generală" (**G. M. Rodin**, 1984, p. 577). Acest hiatus în terapia medicală generală este cu atât mai prejudiciabil, cu cât "impasul psihologic este comun printre bolnavii medicali, iar intervențiile psihologice pot nu numai să atenueze acest impas, ci și să atenueze simptomele bolii și să îmbunătățească prognoza" (**Ibidem**).

2.3. Complianța și selecția pacienților psihosomatici pentru psihoterapie.

Considerațiile mai sus menționate privind particularitățile psihice ale pacientului psihosomatic atestă în mod implicit slaba sa complianță la psihoterapie. În vederea înlăturării acestui inconvenient, terapeutul trebuie să-l facă pe pacient conștient de:

- implicațiile "factorului psihic" în apariția și evoluția tulburării sale;
- trebuințele și defensele inconștiente;
- necesitatea schimbării pattern-ului său comportamental, în sensul îmbunătățirii mecanismelor de coping, pentru a putea "face față" cu succes evenimentelor și stresurilor vieții.

Odată acceptată psihoterapia, terapeutul este confruntat cu dificultatea de a menține pacientul în cursă datorită unor factori care depind:

- de pacient (ce au în vedere rezistențele sale față de tratamentul psihic și structura defensivă a personalității sale);
- de terapeut, care nu este suficient de pregătit (sau priceput) în a-i prezenta pacientului dovezi convingătoare asupra eficacității intervențiilor sale; în plus, fără o informare suficientă, rezistența pacientului este interpretată ca o lezare a orgoliului profesional al terapeutului, care, la rândul său, dezvoltă reacții contratransferețiale asupra pacientului, ceea ce compromite însăși inițierea tratamentului.

Pentru a depăși handicapul noncomplianței pacientului psihosomatic, unii terapeuți sunt tentați să dea asigurări asupra eficacității psihoterapiei, pe care insuficienta cunoaștere a pacientului și evoluția, deseori imprevizibilă a tulburării, nu le justifică. Tocmai de aceea nu trebuie omis faptul că "un terapeut care face promisiuni prea mari pacientului în speranța de a-l menține în tratament va sfârși prin a fi abandonat de respectivul pacient" (**T. B. Karasu**, 1980, p. 265).

Selecția pacienților psihosomatici pentru psihoterapie este bazată pe aceleași criterii aplicate pacienților nevrotici sau cu tulburări de personalitate. Dintre aceste criterii reținem în mod special:

- capacitatea pacientului de a stabili și a menține o relație interpersonală;
- capacitatea de introspecție, înțelegere și clarificare (ceea ce exclude insuficiența cognitivă sau un anumit grad de deteriorare);
- suficientă motivație pentru psihoterapie.

Evaluarea adecvării pacienților pentru psihoterapie trebuie să cuprindă, de asemenea, o investigație asupra: istoriei bolii ca și asupra istoriei vieții pacientului, patternurilor sale comportamentale, structurii personalității pacientului și a **mecanismelor** sale de

coping.

Conform opiniei noastre, criteriile de selecție vor trebui corelate metodei de psihoterapie care urmează a fi aplicate. În acest sens, pentru o psihoterapie suportivă aceste criterii vor fi laxe, în timp ce pentru o abordare expresivă și cu atât mai mult psihanalitică ele vor fi mult mai riguroase. În această ultimă situație însă, în care scopul psihoterapiei este maturizarea insului și rezolvarea conflictelor psihodinamice, "este necesar ca terapeutul să precizeze, încă de la început, că boala pacientului poate beneficia doar în mod secundar de un astfel de proces" (**T.B. Karasu**, 1980, p. 263).

Selecția are în vedere și **pacienții recomandați pentru psihoterapie**, cu atât mai mult cu cât, deseori, cel care trimite nu este științific edificat asupra naturii manifestărilor psihice ale pacientului psihosomatic și nici în privința naturii și oportunității tratamentului psihologic. Astfel, se constată că "până la 50% din tulburările psihiatrice ale bolnavilor somatici nu sunt recunoscute de către medicii nepsihiatri, situație datorată în parte faptului că pacienții nu-și exprimă sentimentele dacă medicul nu se arată gata să-i asculte" (**G. M. Rodin**, 984, p. 578). Pe de altă parte, "unii medici subestimează importanța tulburărilor emoționale, presupunând că este natural ca pacienții care au boli somatice să fie tulburați psihic...situație în care nu li se recomandă tratamente ca psihoterapia sau psihofarmacoterapia" (**Ibidem**).

Desigur, în afara situațiilor mai sus menționate, care reclamă administrarea unui tratament de specialitate, există numeroase alte cazuri care nu impun un tratament specific, ele ameliorându-se numai prin relația terapeutică suportivă cu medicul somatician. În fapt, necesitatea trimiterii pacientului somatic la specialistul în sănătate mintală pentru psihoterapie este în funcție de numeroși factori, dintre care menționăm:

- intensitatea reacției și trăirii psihice la apariția bolii somatice;
- implicațiile psihologice în declanșarea bolii somatice;
- motivația pentru terapie psihologică a pacientului cu o afecțiune somatică.

Din aceste considerente, pacienții recomandați pentru psihoterapie vor fi supuși acelorași criterii de selecție impuse propriilor pacienți, precum și unei examinări fizice, spre a nu permite evoluția unei condiții somatice până atunci neobservate, fără un tratament de specialitate în cursul psihoterapiei inoportun recomandate.

2.4. Consultația psihiatrică în clinica de boli somatice; consultația de legătură psihiatrică.

Procedeu vechi, care datează din primele decenii ale secolului, consultul psihiatric al pacienților din clinicile de boli somatice a precedat apariția medicinei psihosomatice, care de fapt l-a consacrat. Inițial, psihiatrul nu era implicat în asistența pacienților somatici pentru care era consultat, el oferind recomandările terapeutice medicului specialist ce avea în sarcină ansamblul asistenței clinice a pacientului. Ulterior însă "psihiatrii au început să devină membri activi în organizarea asistenței pacienților somatici... în prezent existând psihiatri în majoritatea clinicilor medicale și chirurgicale" (**A. J. Enelow**, 1980, p. 1980).

În numeroase țări, psihologii clinicieni își aduc sub acest aspect o contribuție importantă în cadrul echipei terapeutice în virtutea calificării lor în explorarea personalității pacientului și în asistența psihoterapeutică. Totuși, necesitatea unei colaborări mai ample între specialiștii în sănătate mintală și medicii diverselor domenii medicale a determinat înființarea **secțiilor de psihiatrie în spitalele de boli somatice**. Într-adevăr, ampla problematică somatoformă (cenestopatii, hipocondrii, reacții și stări de conversie somatică) a numeroși pacienți internați în diverse clinici de specialitate, ca și frecventele depresii secundare diferitelor boli sau terapii somatice au impus înființarea secțiilor de psihiatrie în spitalele de boli somatice.

Deși relațiile terapeutice, ca și cele științifice și de organizare a asistenței între psihiatrie și diferitele domenii ale medicinei somatice constituie o realitate demult cunoscută, noțiunea de **"psihiatrie de legătură"** este relativ nouă. Ea cuprinde aspectele psihiatriei referitoare la activitățile diagnostice și terapeutice ale psihiatrilor din diferitele domenii clinice ale bolilor somatice. De fapt, definiția psihiatriei de legătură este întrucâtva superpozabilă **"funcțiilor psihiatrului de legătură"**, care au în vedere "diagnosticarea, consilierea asupra îngrijirii, terapia, învățământul și cercetarea" (**A. J. Enelow**, 1980, p. 1981). Nu vom dezvolta aceste aspecte, dintre care ultimele sunt abia schițate, rezumându-ne la prezentarea unei sinteze a problemelor care impun prezența continuă în clinica somatică sau cel puțin legătura somaticianului cu specialistul în sănătatea mintală. Astfel, acest relativ nou membru al echipei terapeutice are în vedere:

- identificarea tulburărilor psihiatrice ocazionate de apariția bolii somatice în care se înscriu reacțiile emoționale excesive (anexietate, depresie etc.), pierderea capacității de testare a realității, comportamentul suicidar etc.;
- investigarea răspunsurilor psihologice și psihopatologice, corelate sau determinate de bolile somatice, respectiv reacția psihică la boala somatică, refuzul de a coopera cu somaticianul, ca și atașamentul la rolul de bolnav, ilustrat prin prelungirea convalescenței;
- investigarea trăsăturilor de personalitate ale pacienților somatici, a rezistențelor, apărărilor, ca și a capacităților lor de coping;
- identificarea **tulburărilor psihice secundare aplicării unor terapii somatice** cu unele substanțe antihipertensive, steroidale etc.;
- cunoașterea și identificarea **expresiei somatice a unor condiții psihiatrice**, ca de exemplu, **"depresia mascată"** sau **"expresia somatică a depresiei"**;
- diagnosticarea condițiilor psihiatrice care evoluează cu manifestări clinice aparent somatice (somatoforme), așa cum sunt întâlnite în isteria de conversie, în nevroza cenestopată etc.;
- diagnosticarea și tratarea depresiilor secundare, relativ recent descrise și regăsite cu o prevalență ridicată în boli endocrine (acromegalie, mixedem, boala Addison, boala Cushing, insuficiența ovariană sau perioda de postpartum), boli neurologice (scleroza multiplă, boala Huntington, boala Parkinson, epilepsii, tumori sau leziuni de lob drept,

sindroame cerebrale organice), boli neoplazice (în special hepatice, pancreatice și de colon), boli de colagen (lupus eritematos sistemic), boli reumatismale (artrita reumatoidă) sau boli infecțioase (bruceloza, infecții virotice) etc.;

- pregătirea pacienților pentru intervenții chirurgicale speciale sau pentru hemodializă etc.

De asemenea, **psihiatrul "de legătură"** evaluează resursele psihologice ale pacientului, capacitatea sa de a face față situației de boală, comunicând specialistului somatician, în mod clar și concret, datele și concluziile examinării sale. El poate recomanda noi direcții de investigație medicală sau terapiile necesare din punctul de vedere al specialității sale, care vor fi aplicate, în funcție de situație, în clinica respectivă sau în secția de psihiatrie. Din această perspectivă, a conținutului intervențiilor sale, specialistul în sănătate mintală poate utiliza;

- **abordarea orientată spre pacient**, conform căreia preocuparea sa esențială va fi bolnavul pe care îl va lua în tratament, terapeutul somatician acordându-i deplina libertate de intervenție;

- **abordarea orientată spre situație**, ce are în vedere pacientul în ansamblul condițiilor implicate, ca și al opiniilor formulate de către ceilalți membri ai echipei;

- **orientarea asupra somaticianului** care, de fapt, devine consultant ce dorește să fie informat asupra unor preobleme întrucâtva particulare, pe care le consideră ale specialității sale și dorește să le rezolve personal spre a asigura unitatea și continuitatea relației terapeutice cu pacientul.

Stricto-sensu, psihologul clinician sau psihiatrul de legătură își concentrează activitatea asupa pacienților ale căror probleme psihopatologice sau dereglări psihiatrice sunt legate de patogenia și clinica bolilor somatice sau care își exprimă tulburarea psihică printr-o fenomenologie clinică aparent somatică. Dintr-o mai amplă perspectivă, în linii generale, specialistul din domeniul sănătății mintale, prin prezența, intervenția și competența sa, conferă conținut viziunii tridimensionale, somato-psiho-sociale, a pacientului abordat sub toate laturile suferinței sale.

3. Principalele metode psihoterapeutice utilizate în psihoterapia pacienților psihosomatici

Individuală sau în grup, psihoterapia pacienților somatici poate fi efectuată în unitățile medicale de asistență ambulatorie sau în condiții de spitalizare. Ea poate fi orientată asupra tulburării medicale sau asupra stării generale a pacientului și problematicii sale psihosociale. În funcție de orientarea acțiunii psihoterapeutice, va fi aleasă metoda de psihoterapie care va corespunde în cel mai înalt grad obiectivului propus:

- **psihoterapie suportivă**, când este vizată starea afectivă precară a pacientului;

- **psihoterapie expresivă**, care cuprinde pe lângă problematica bolii aspecte ale vieții psihice a pacientului, posibilitățile sale de relaționare și capacitatea sa de a face

față evenimentelor vieții;

- **psihoterapie psihanalitică**, al cărei scop este restructurarea personalității pacientului și implicit a predispoziției sale la boală;

- **terapie comportamentală și biofeedback**, care sunt focalizate asupra simptomului sau sindromului, ignorându-se boala cu istoria și etipatogenia ei.

De asemenea, psihoterapia condițiilor somatice poate fi:

- **de scurtă durată, abreviată**, așa cum se aplică de cele mai multe ori, protoipul ei fiind "intervenția în criză";

- **de durată îndelungată**, care însă niciodată nu atinge extensia curei psihanalitice.

Totodată, o metodă de psihoterapie aplicată poate fi înlocuită cu alta, mai indicată situației și stării pacientului în momentul dat, urmând schimbarea condiției pacientului (externare sau dimpotrivă, internare, întrucât s-a constatat o agravare) în funcție de evoluția afecțiunii sale.

3.1. Psihoterapia suportivă în bolile psihosomatice.

Considerată ca o abordare terapeutică importantă, implicită sau deliberată, psihoterapia de susținere sau "suportivă" este în mod frecvent aplicată în clinica bolilor somatice. În linii generale, se consideră că "tehnicile suportive sunt focalizate asupra identificării strategiilor adecvate rezolvării problemelor medicale și mobilizării suportului social" (**A. J. Enelow**, 1980, p. 1982).

Abordare terapeutică slab structurată, psihoterapia suportivă "include intervenții ca educația, testarea realității, reasigurarea și consilierea" (**G. M. Rodin**, 1984, p. 577). Desigur, aceasta constituie o accepțiune extinsă a noțiunii de psihoterapie suportivă, elementele mai sus menționate constituind fie tehnici, fie metode de psihoterapie.

Scopul psihoterapiei suportive constă în "întărirea mecanismelor adaptative" (**Ibidem**), în reducerea participării afective, trăirii stării de boală, a anxietății, a tensiunii afective, ca și a conduitei maladaptive.

Indicațiile psihoterapiei suportive acoperă o arie extinsă de condiții și situații clinice care includ: debutul acut al unor boli somatice cronice, exarcerbările (acute) ale bolilor cronice, situații psihostresante și intens psihotraumatizante. De asemenea, psihoterapia suportivă este necesară în asigurarea complianței pentru tratamentul chirurgical, în pregătirea unor intervenții chirurgicale ample, ca și în perioada postoperatorie, știut fiind că "succesul multor inetrvenții medicale și chirurgicale poate fi profund afectat de starea psihică a pacientului" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1976).

Fiind orientată asupra stării și situației pacientului, psihoterapia suportivă lasă în umbră problemele etiologiei bolii sau structurii personalității pacientului; desprinsă de considerente teoretice, de analize aprofundate, de interpretări, ca și de ambiția eventualei restructurări a personalității bolnavului, această abordare suportivă constituie o terapie a realului, a concretului și a prezentului.

3.2. Utilizarea biofeedback-ului în terapia bolilor psihosomatice.

Definit ca "un proces de antrenament ce permite modificarea, în limite biologice, a funcțiilor viscerale, fiziologice, care sunt, de obicei, automate, involuntare" (**A. Haynal, W. Pasini**, 1978, p. 52). biofeedback-ul nu constituie o metodă terapeutică bine delimitată, ci "o grupare de eforturi de tratament ce implică o gamă largă de activități și măsurători" (**B. A. Jessup**, 1984, p. 776). În consecință, termenul cuprinde "o constelație de proceduri" ce au ca element comun "prezentarea unui semnal senzorial, de obicei auditiv sau vizual, care se transformă într-un proces biologic" (**Ibidem**).

În mod practic, biofeedback-ul se bazează pe antrenamentul pacientului și pe un aparat electronic necesar măsurării parametrilor psihofiziologici.

Sub aspect metodologic, antrenamentul prin biofeedback are în vedere:

- motivația pacientului în vederea aplicării tratamentului și implicit, a modificării răspunsului psihofiziologic;
- un control continuu al răspunsului psihofiziologic asupra căruia este axat tratamentul;
- un avertisment imediat (feedback) sub formă de sunete sau linii variabile, ori cifre, pe care pacientul îl primește la fiecare schimbare a răspunsului.

Prin această metodologie au putut fi modificate numeroase constante fiziologice, printre care se menționează: ritmurile bioelectrice cerebrale (în special ritmul alfa și theta), valorile tensiunii arteriale, ale tensiunii musculare, ritmul cardiac, temperatura cutanată (care indică spasmul sau relaxarea sistemului vascular dintr-o anumită zonă), rezistența cutanată (susceptibilă de a oferi date asupra stării de anxietate a pacientului) etc.

Indicațiile biofeedback-ului au în vedere mai ales afecțiunile care prezintă componente fiziopatologice măsurabile, ca, de exemplu: hipertensiunea arterială, artrita reumatoidă, angorul pectoris, ulcerul duodenal, ca și durerile, de cele mai variate forme și localizări, de la cefaleea prin tensiune până la durerea membrului fantomă.

Mecanismele sau modul de acțiune a acestei tehnici terapeutice nu au fost elucidate și ceea ce se știe până acum este faptul că ele sunt nespecifice. Dar specificitatea poate ține de metoda terapeutică sau de fiziopatologia organului sau sistemului implicat. Studiile efectuate până acum atestă faptul că nu este vorba de nici unul din cele două aspecte ale specificității, ci mai ales de factori psihologici ce au în vedere condiționarea, relaxarea sau chiar efectul placebo.

Astfel, într-un studiu dublu-orb asupra migrenei au fost formate grupuri de pacienți cu biofeedback "pentru răcirea mâinii", "pentru încălzirea mâinii" și un grup de control. S-a constatat că ameliorarea pacienților din primele două grupe nu a fost semnificativ diferită de aceea a grupei de control cu automonitorizare, fapt ce a determinat concluzia că ameliorările terapeutice spectaculare din migrenă prin biofeedback-ul temperaturii mâinii, nu se datorează unei proprietăți specifice a modificărilor temperaturii pielii, ci mai curând unor efecte non-specifice ale procedurilor clinice folosite.

Concluzii asemănătoare pot fi desprinse și din studii efectuate asupra cefaleei "de tensiune". Pornind de la premisa că un rol important în patologia acestei condiții revine tensiunii mușchiului frontal, autorii au comparat trei grupe de tratament (cu "scăderea", "creșterea" și "stabilizarea" tensiunii mușchiului frontal) cu o grupă fără tratament. Studiul a ilustrat faptul că cele trei grupe care au primit tratament prin biofeedback "au prezentat o ameliorare substanțială", "în mod egal superioară grupei fără tratament" (**F. Andrasik** și **K.A. Holroyd**, 1980, p. 584), ceea ce atestă că reducerea tensiunii mușchiului frontal nu are importanță pentru procesul terapeutic. Și alte studii asupra tratamentului cefaleei de tensiune prin biofeedback (cu control electromiografic) atestă că ameliorare poate apare "cu biofeedback", "fără biofeedback" sau cu "biofeedback teoretic exacerbat", ceea ce impune concluzia că "semnalul feedback în sine nu constituie o componentă necesară a tratamentului" (**B.A. Jessup**, 1984, p. 783).

Dacă biofeedback-ul nu exercită un rol specific asupra procesului fiziopatologic implicat în boala sau în sindromul psihosomatic, înseamnă că în realizarea efectului terapeutic intervin alți factori, pe care îi denumim **mediatori psihologici**, printre care menționăm:

- un anumit pattern de personalitate,
- o anumită stare afectivă (depresie sau anxietate),
- nevroticismul,
- motivația pacientului,
- relația terapeutică.

Variabilele de personalitate au fost inițial studiate în tratamentul prin biofeedback aplicat în cefaleea prin tensiune musculară. Astfel, pe baza trăsăturilor de personalitate au fost distinse grupe cu diferite grade de ameliorare. Din această perspectivă, cei cu remisiune completă a cefaleei prezentau "o atitudine relaxată și plină de încredere în sine, grijă pentru aprobarea socială prin comportament conformist, simț de răspundere pentru tratament" (**B. C. Hand**, 1979, p. 4580), în timp ce pacienții cu remisiune incompletă "erau neliniștiți, aprehensivi, cu beneficii secundare prin cefalee" (**Ibidem**).

Starea afectivă a fost de asemenea corelată cu rezultatele tratamentului migrenei prin biofeedback, constatându-se astfel că pacienții care au prezentat cea mai "substanțială" ameliorare se caracterizau printr-un grad înalt de reactivitate emoțională (înregistrată prin scale de personalitate), în timp ce pacienții cu ameliorări moderate aveau valori mai scăzute ale acestui factor. De asemenea, s-a constatat reducerea anxietății în cursul tratamentului prin biofeedback.

Nevroticismul (măsurat prin Inventarul de Personalitate Eysenck) este în mod frecvent ridicat la pacienții cu cefalee prin tensiune (conform studiilor efectuate de **J. A. Carrobles** et al., 1981), ca și la cei cu migrenă. Se consideră că scorurile ridicate la nevroticism sunt dovada reactivității crescute a sistemului nervos autonom la subiecții cu migrenă ce poate constitui un factor predispozant pentru dezvoltarea atacurilor migrenoase.

Factorii cognitivi (și în special conceptualizarea, semnificația și "dialogul inte-

rior") pot influența, de asemenea, această abordare terapeutică întrucât, una din consecințele tratamentului prin biofeedback poate fi modificarea percepțiilor, atribuirilor, dialogului interior al pacientului asupra capacității sale de control al răspunsului fiziologic, ca și asupra cogniților, sentimentelor și comportamentelor sale. Într-adevăr, ameliorarea care urmează tratamentului prin biofeedback poate fi mediată parțial prin astfel de efecte non-specifice ale tratamentului.

Motivația pacientului a fost, de asemenea, invocată ca un posibil mediator al rezultatului terapiei prin biofeedback, ea având "un rol central în ameliorare" (**B. A. Jessup**, 1984, p. 782). Astfel de probleme motivaționale apar mai elocvente în terapia prin biofeedback a copiilor, motivația explicând atât succesul cât și unele eșecuri ale tratamentului (**S. L. Willis**, 1980).

Analiza acestor variabile implicate în rezultatele terapiei prin biofeedback ilustrează, pe de o parte, natura lor psihică, iar pe de altă parte influența nespecifică a acestei abordări terapeutice care, în pofida aspectelor sale tehnice, acționează prin mijloace psihologice.

3.3. Asupra oportunității abordării psihanalitice în bolile psihosomatice.

Cu toate că în dezvoltarea medicinei psihosomatice este recunoscută contribuția teoriei psihanalitice, terapia bolilor psihosomatice nu a beneficiat în mod practic de aportul psihoterapiei psihanalitice. În această privință ne aflăm încă în domeniul expectațiilor și poate al speranțelor întrucât se subliniază "potențialul impresionant al metodei psihanalitice de a contribui la cercetarea teoretică fundamentală, ca și la tratament, în medicina psihosomatică" (**M. F. Reiser**, 1978, p. 63).

Abordarea psihanalitică a bolilor psihosomatice datează de un sfert de secol, primele încercări fiind făcute asupra copiilor astmatici și ilustrate prin studiile lui **M. Sperling** (1963) și **L. Jessner** (1963). Astfel, pornind de la postulatele teoriei psihanalitice, ei consideră că fiecare caz de tulburare psihosomatică își are are originea într-o relație de dependență mamă-copil. Mai mult, **M. Sperling** consideră că oricât de independentă și autosuficientă poate apărea viața unui pacient psihosomatic, la o examinare mai atentă se constată că el trăiește într-o "**simbioză emoțională**" cu un "obiect" din mediul său care nu este în mod necesar mama reală, ci o persoană care, în inconștientul pacientului, îndeplinește funcția dinamică de figură maternă. Pacientul psihosomatic nu poate tolera însă, în mod conștient, pulsiunile sale dependente și de aceea el le neagă; prin negare nu se ajunge la înlăturarea, ci la convertirea lor în simptome psihosomatice, fiind în acest mod gratificate. Pe baza acestor considerente, teoria psihodinamică postulează că:

- pulsiunile inconștiente nu apar ca atare în viața psihică , ci printr-o anumită transfigurare, care se manifestă în patologia organelor;
- stadiile dezvoltării persoanei, oprite în evoluție, nu au putut ajunge la un nivel simbolic, verbal, expresiv;
- trăirea afectivă a persoanei este reprimată și totodată returnată de la nivelul exprimării psihice la acela al manifestărilor somatice.

Fără îndoială că aceste aserțiuni au o importanță euristică, dar, indiferent de validitatea lor teoretică, "astfel de generalizări au o utilitate practică limitată" (T. B. Karasu, 1980, p. 262), întrucât, prin caracterul lor axiomatic, ele pot interfera cu evaluarea atentă, de către clinician, a fiecărui caz clinic.

3.3.1. Fenomene psihodinamice în cursul psihoterapiei pacienților cu tulburări psihosomatice. Anumite fenomene psihologice care apar în cursul psihoterapiei pacienților cu tulburări psihosomatice sunt considerate în mod obișnuit ca psihanalitice. Este adevărat că ele au fost studiate și amplu comentate de psihanaliză, care le-a conferit însăși denumirea, dar considerăm că ele nu sunt caracteristice psihoterapiei psihanalitice întrucât, în măsură variabilă, pot fi regăsite în cursul oricărei metode psihoterapeutice. Dependente în general de metoda în sine, aceste fenomene depind și de pacient, ele întâlnindu-se cu precădere în psihoterapia pacienților psihosomatici. În acest context, cele mai importante fenomene psihodinamice constau în: denegare, rezistență, regresie, reacții defensive, transfer, contratransfer și interpretare, ale căror particularități în psihosomatică vor fi prezentate în mod succint.

Denegarea tulburării psihosomatice constă în tendința pacientului de a minimaliza, ignora, sau chiar de a nega existența bolii; în esență, este vorba de o încercare a pacientului de a exclude boala din conștiința sa, fapt a cărui valoare adaptativă nu trebuie neglijată, mai ales din perspectiva stării psihice a celui în cauză în faza acută a tulburării psihosomatice.

Rezistența pacienților psihosomatici față de psihoterapie este puternică și a fost în mod constant observată. Ca și în psihoterapia pacienților nevrotici, rezistența se manifestă sub diferite forme, de la tăceri prelungite până la ostilitate față de terapeut. Mai intensă în faza inițială (când pacientul prezintă rezerve sau refuză psihoterapia), rezistența se întâlnește și ulterior în timpul curei, făcând parte din structura sa defensivă globală. Cu toate că pacientul afirmă că dorește vindecarea, boala îi servește, în mod inconștient, satisfacerii unor nevoi nevrotice. În mod concret rezistența stă la baza:

- renunțării nejustificate la psihoterapie (**drop-out**);
- slabei complianțe față de terapiile somatice;
- regresiei, prin care pacientul caută, în mod inconștient, în boală anumite beneficii secundare, legate mai ales de atenția celorlalți și de îngrijire.

Regresia pacienților psihosomatici, spre deosebire de aceea a pacienților psihiatrici, are loc spre un comportament ce corespunde unei perioade intens conflictuale sau psihotraumatizante din antecedente. În fond, prin retrăirea unor atitudini particulare din copilărie, pacienții psihosomatici încearcă să-și stăpânească anxietatea și tulburarea actuală.

Spre deosebire de pacienții psihiatrici, regresia pacienților psihosomatici îmbracă două aspecte, care, în funcție de noile date etiologice (ale teoriei circulare), se prezintă ca:

- o alterare a capacității **ego**-ului de a percepe și evalua pericolele;
- utilizarea energiei restante, neneutralizate, în reacții resomatizate față de semnalele de pericol fals percepute.

Totodată, la pacienții psihosomatici, alterarea stării ego-ului sub regresie nu este omogenă și nici totală, ci parțială, limitată la anumite aspecte sau perioade de funcționare regresivă. Această heterocronie a alterării permite **ego**-ului ca, sub anumite aspecte sau în anumite perioade, să prezinte o funcționare adaptativă și matură.

Reacțiile defensive ale pacientului psihosomatic constau în denegarea conflictelor psihice din antecedente ca și a faptului că el se află încă sub stres, în rezistența sa față de psihoterapie, ca și în dificultatea sau în incapacitatea de a-și exprima trăirile emoționale.

Transferul în psihoterapia cu pacienți psihosomatici nu a fost studiat în mod deliberat. Considerat ca cel mai puternic instrument terapeutic în psihoterapia psihanalitică, veritabil "fundament al analizei" (**J. Vermeylen** și **P. Sivadon**, 1973, p. 133), transferul nu poate fi ignorat în psihoterapiile cu altă orientare, chiar dacă nu i se acordă aceeași valoare. Ansamblu al atitudiniilor, tendințelor, investițiilor și speranțelor pacientului față de terapeut, transferul poate fi util în orice fel de abordare psihoterapeutică a pacienților psihosomatici. Element esențial al psihoterapiei de profunzime, transferul favorizează reactivitatea și actualizarea, uneori intensă și dramatică, în situația analitică, a conflictelor și evenimentelor traumatizante, petrecute în copilărie și actualmente uitate. Dacă în cadrul tratamentului psihanalitic tradițional utilizarea (manevrarea) transferului constituia "un factor critic" ce impunea în egală măsură competență și prudență, în psihoterapia bolilor psihosomatice problemele transferențiale sunt abordate sub aspectele lor generale sau recurgându-se la unele modificări "de tehnică". Astfel, dacă transferul și mai ales nevroza de transfer reprezintă "capacitatea de a distruge, întări sau institui noi defense ale **ego**-ului în vederea reactivării sau rezolvării unor conflicte centrale" (**M. F. Reiser**, 1978, p. 69), modificările de tehnică necesare abordării pacienților cu patologie somatică au în vedere:

- analiza atentă a funcțiilor **ego**-ului și, în special,
- prudență în analiza defenselor pacientului, astfel încât
- terapeutul să se asigure că pacientul va fi permanent în posesia unui repertoriu de **defense** și mijloace eficiente de **coping**;
- aceste mijloace "de a face față" trebuie să fie totuși suficient de puternice pentru a putea permite pacientului psihosomatic să tolereze caracterul necruțător al relației analitice și exigențele alianței teraputice; de asemenea,
- intensitatea frustrației (care se dezvoltă în cadrul transferului și nevrozei de transfer) va fi limitată, comparativ cu aceea din terapia nevrozelor.

Aceste circumspecții impuse metodologiei psihoterapiei psihanalitice a pacienților psihosomatici exclud, în mod practic, dezvoltarea nevrozei de transfer sau, în orice caz, analiza acesteia de către terapeut. În astfel de condiții apare în mod inerent o întrebare, și anume: nu cumva sus-menționatele modificări tehnice impuse aplicării psihoterapiei psihanalitice vor avea repercusiuni asupra eficienței terapeutice? La această întrebare, psihoterapia psihanalitică, relativ recent angajată în terapia psihosomatică, nu a răspuns încă, lăsând deschisă o situație dilematică:

- potențialul perturbator determinat de corecta aplicare a psihoterapiei psihanalitice

s-ar putea adăuga condiției psihosomatice, agravând-o;

- modificările de tehnică mai sus menționate, impuse de prudență, împietează asupra mecanismelor metodei, reducându-i din eficiență.

Fără îndoială că psihoterapia psihanalitică, în tendința de a-și expune aplicarea în medicina psihosomatică, este grevată tocmai în zona sa de rezistență - transferul - prin care se spera eficiența; ea își dovedește inconsistența tocmai pe "terenul pe care trebuie să câștige victoria" (**J. M. Alby**, 1979, p. 2517).

Contratransferul, ansamblul atitudinilor, tendințelor, investițiilor și speranțelor terapeutului față de pacient, nu a fost studiat în psihoterapia cu pacienți psihosomatici. Fără îndoială însă că aceștia (ca și pacienții psihiatrici), prin comportamentul și atitudinea lor, pot provoca un amplu evantai de reacții emoționale din partea terapeutului, de la un interes special până la ostilitate și rejecție. Terapeutul trebuie să fie permanent și pe deplin conștient de sentimentele sale față de pacient, atenuându-le pe cele pozitive, reprimându-le pe cele negative, căutând să mențină în psihoterapie o atitudine de "neutralitate binevoitoare". Aceasta nu înseamnă o reducere a interesului pentru pacient, ci păstrarea unei atitudini consecvent-empatice, neinfluențată de reacțiile sale personale, subiective ce pot fi nonterapeutice.

Fără îndoială că menținerea unei atitudini contratransferențiale pozitive în psihoterapia pacienților psihosomatici implică un efort suplimentar întrucât aceștia, datorită alexitimiei lor par închiși, distanți și impenetrabili, ceea ce constituie o spină iritativă cronică asupra narcisismului psihoterapeutului. Cu toate acestea, atât în cadrul asistenței medicale generale, cât și în cursul psihoterapiei pacienților psihosomatici, terapeutul "trebuie să fie capabil de a tolera sentimente intense, la el și la pacienții săi, pentru a menține o atitudine utilă terapeutic" (**G. M. Rodin**, 1984, p. 582).

Interpretarea are în vedere intervenția terapeutului asupra conflictelor nevrotice ale pacientului, în cadrul psihoterapiei psihanalitice. În terapia bolilor psihosomatice, interpretarea se concentrează asupra transferului, în sensul său general, interpersonal. De asemenea, ca o particularitate a psihoterapiei pacienților psihosomatici este limitarea interpretării la aspectele actuale ale transferului. În acest sens, terapeutul trebuie să acorde atenție în interpretarea "problemelor curente din situația de viață imediată a pacientului și reacțiilor lui față de terapeut și față de tratament" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1975), pentru a se putea folosi de acești factori de interpretare.

De asemenea, se analizează și se interpretează reacțiile pacientului față de sine (autostimă, culpabilitate etc.), reacțiile față de mediu (dependență, nevoia de afecțiune etc.), precum și anxietatea pacientului și **mecanismele sale de coping** în situații psihostresante. În plus, se atrage atenția asupra faptului că "la pacienții psihosomatici materialul profund inconștient, trebuie manevrat cu grijă, având o aplicare limitată în tratamentul bolii acute" (**Ibidem**).

Nu trebuie omis faptul că în psihoterapia pacienților psihosomatici interpretările transferului mobilizează o mare cantitate de anxietate, ceea ce determină deseori întreruperea tratamentului, rata **drop-out**-ului lor fiind, în această perioadă, mai mare

decât în orice alt moment al terapiei. De fapt, interpretările în sine sunt greu suportate de pacientul psihosomatic, amenințând prin aceasta calitatea relației terapeutice, ca și fermitatea alianței terapeutice. Este posibil ca aceste riscuri ale interpretării să fie determinate nu numai de procesul în sine, ci și de competența terapeutului, întrucât "interpretarea făcută prematur", ca și "interpretarea prea profundă sau care nu-și atinge ținta", sunt apreciate drept "pericole" (**R. L. Stewart**, 1985, p. 1348) pentru psihoterapie.

3.3.2. Indicațiile psihoterapiei psihanalitice în bolile psihosomatice. Există anumite rețineri în abordarea psihanalitică a bolilor psihosomatice, dar rezervele nu sunt datorate atât metodei în sine, cât mai ales modului în care sunt aplicate anumite tehnici în cazul pacienților psihosomatici. Cu alte cuvinte, indicația psihoterapiei psihanalitice în bolile psihosomatice are în vedere atât competența terapeutului cât și situația pacientului. În aplicarea psihoterapiei psihanalitice problema competenței terapeutului prezintă o importanță particulară întrucât, spre deosebire de alte metode psihoterapeutice, care, prost aplicate, sunt lipsite de rezultate, în psihoterapia psihanalitică erorile sau inoportunitățile operaționale, de aplicare tehnică, determină agravări în starea clinică a pacientului.

În eventualitatea unui terapeut competent, cu experiență în aplicarea psihoterapiei psihanalitice, indicațiile acestei metode sunt cele obișnuite; ele au în vedere mai ales posibilitățile pacientului decât aspecte legate de entitatea nosografică.

Întrucât, așa cum s-a constatat, eșecurile ca și agravările stării pacientului depind de modul aplicării metodei și de profunzimea procesului terapeutic, psihoterapia psihanalitică în psihosomatică trebuie gândită și aplicată în termeni de niveluri, acordându-se atenție, printre altele:

- menținerii, în măsură adecvată, a defenselor ego-ului;
- evitării frustației intense din cadrul transferului;
- împiedicarea apariției nevrozei de transfer;
- menținerii aspectelor suportive din cadrul alianței terapeutice.

3.3.3. Eficiența și rezultatele psihoterapiei psihanalitice în terapia pacienților psihosomatici. Întâmpinată cu încredere și uneori cu entuziasm, psihoterapia psihanalitică a fost acreditată inițial cu o mare eficacitate clinică. Astfel, au apărut studii (dintre care cele mai multe aveau în vedere cazuri izolate) în care erau prezentate succesele metodei, dar mai ales demersul acesteia spre obținerea succesului.

În special în astmul bronșic au fost comunicate foarte bune rezultate "prin tratamentul analitic intens". De asemenea, au fost comunicate ameliorări nete în stadii acute ale bolilor psihosomatice prin utilizarea unor "tehnici de atac confruntativ asupra defenselor" și "utilizarea gratificată a simptomelor", oferindu-se pacienților interpretări simbolice ale semnificației simptomelor. Rezultatele favorabile au fost estimate prin "studii longitudinale de covarianță, combinând înregistrarea ședințelor de analiză cu măsurători fiziologice" (**M. F. Reiser**, 1978, p. 64).

Cu toate că astfel de comunicări ce acreditau succesele psihoterapiei psihanalitice erau extrem de numeroase cu 15-20 de ani în urmă, considerăm că ele ilustrau mai ales

proiecția dorinței terapeuților decât rezultatul analizei autentice a situației clinice.

Datele de cercetare ulterioare, multe dintre ele comunicate de clinicieni psihanaliști (**P. Sifneos**, 1973, **R. Kellner**, 1975) nu au confirmat însă, rezultatele inițiale. Mai mult, au fost semnalate rezultate nesemnificative sau chiar negative în psihoterapia psihanalitică a pacienților psihosomatici.

S-a subliniat, de asemenea, că "dezvăluirea activă și agresivă" a unor conflicte psihice nerezolvate și reprimate este de natură să determine exacerbarea manifestărilor clinice, exprimându-se în final opinia că "psihoterapia psihanalitică în formă clasică este contraindicată la pacienții cu astfel de boli" (**M. F. Reisner**, 1978, p. 64). Se consideră însă că aceste rezultate negative sunt determinate de orientarea psihoterapiei psihanalitice spre niveluri mai profunde. Cu toate acestea, există dovezi că, "desfășurat cu o anumită competență, procesul analitic, chiar și la niveluri profunde, poate avea efecte salutare" **(Ibidem).**

Ca întotdeauna însă, și aici, în abordarea terapeutică a bolilor somatice, psihanaliza lasă căi libere, găsind justificare, tuturor posibilităților analizei ca singura modalitate de succes în bolile psihosomatice; se emite opinia că numai o acțiune analitică la niveluri mai profunde ale psihismului ar putea avea o influență asupra funcțiilor viscerale.

Această analiză profundă, care să activeze niveluri preverbale ale integrării psihice (și implicit modificările nivelurilor fiziologice), nu este însă realizabilă fără riscuri, respectiv într-un mod securizant pentru sănătatea somatică. Tocmai de aceea se procedează la o abordare analitică parțială, relativ superficială, ce interesează numai nucleul nevrotic al personalității pacientului, care nu afectează însă primordiile patogenice ale bolii psihosomatice. În felul acesta poate fi explicată lipsa de succes a psihoterapiei psihanalitice în bolile psihosomatice. Sau, după cum consideră adepții metodei, analiza, corect aplicată, este reușită, dar nefiind aprofundată, numai starea nevrotică adiacentă a fost înlăturată, boala fizică, de bază, rămânând neinfluențată. Pe de altă parte, un psihoterapeut competent și experimentat poate merge cu anliza în profunzime, abordând și activând niveluri mai profunde și "mai primitive" ale integrării psihice, ceea ce permite ego-ului "să înțeleagă" și "să utilizeze **translații simbolice**" ale sensurilor comportamentului fiziologic, realizând astfel o funcționare psihică și fiziologică adecvată.

3.4. Combinarea terapiei farmacologice și psihologice în bolile psihosomatice.

Psihoterapia nu constituie abordarea terapeutică specifică în nici o boală psihosomatică, după cum nu poate constitui unica intervenție terapeutică. De asemenea, psihoterapia nu vindecă boala psihosomatică, dar, aplicată în mod adecvat, poate contribui în mod esențial, la evoluția favorabilă a bolii. Aceasta nu înseamnă că psihoterapia își dispută întâietatea cu farmacologia în terapia bolilor psihosomatice, ci, dimpotrivă, cel puțin în forma acută a bolii, constituie o abordare terapeutică secundară, care, în funcție

de situație, poate deveni necesar complementară.

Abordare terapeutică relativ recentă, psihoterapia în psihopatologia psihosomatică nu beneficiază de o metodologie de aplicare, aceasta fiind elaborată în mod individual de către terapeut, în funcție de metoda folosită și de situația concretă. În linii de maximă generalitate, se consideră că în faza acută a unei boli somatice, terapia farmacologică este forma primară a tratamentului, în timp ce psihoterapia, în varianta suportivă, constituie abordarea secundară.

În situațiile în care afecțiune somatică evoluează spre cronicizare, terapia medicală își reduce importanță, în timp ce psihoterapia își poate asuma rolul primordial în cadrul măsurilor terapeutice. De asemenea, în situațiile în care boala nu răspunde la tratamentul medical, se impune o evaluare psihosomatică din partea specialistului de sănătate mintală, cu recomandare către terapia combinată.

În afara necesității combinării terapiei impuse de cazurile clinice concrete, abordarea psihoterapeutică în psihosomatică este determinată și de factori ce condiționează calitatea ameliorării. Astfel, dacă scopul terapiei somatice constă în anularea simptomatologiei, evitarea complicațiilor procesului patologic de bază și ameliorarea progresiei bolii, prin combinarea farmacologiei cu psihoterapia, se poate obține:

- o adaptare mai matură la condițiile existenței;
- creșterea disponibilităților afective și a capacității profesionale și creative;
- reducerea utilizării beneficiilor secundare asociate cu boala;
- creșterea capacității de adaptare a persoanei la prezența bolii.

În afara utilizării terapiei specifice (bolii psihosomatice în cauză) în condițiile psihoterapiei, o problemă încă neelucidată, deși aflată actualmente într-o dezbatere controversată, este aceea a adăugării medicației psihofarmacologice și a relațiilor acesteia cu acțiunile psihoterapeutice.

Administrarea substanțelor psihotrope la pacienții psihosomatici aflați în psihoterapie nu este recomandată întrucât bradipsihia și aplatizarea afectivă este susceptibilă să perturbe relația psihoterapeutică. Clinicienii care se opun administrării psihotropelor la pacienții psihosomaticii aflați în psihoterapie invocă însă unele acțiuni farmacodinamice imprevizibile ale acestor substanțe.Astfel, administrarea psihotropelor la pacienți diabetici aflați în cură psihoterapeutică a determinat scăderea nevoii de insulină a pacienților, care, necontrolați, pot intra în comă hipoglicemică. În orice caz, este de reținut faptul că administrarea de psihotrope unui pacient psihosomatic poate ocaziona "răspunsuri diferite în momente diferite în condițiile aceluiași tratament medical" (**H. I. Kaplan**, 1980, p. 1977). Cu toate acestea se admite că, la pacienții psihosomatici, "uneori este util a folosi cantități reduse de hipnotice și tranchilizante" (**Ibidem**).

4. Particularități ale psihoterapiei în principalele boli psihosomatice

4.1. Boala coronariană din perspectiva psihologiei clinice și a abordării psihoterapeutice.

Constatarea că bolile coronariene constituie prima cauză de deces a fost atât de frecvent invocată și de amplu argumentată încât a devenit axiomatică. De asemenea, este notorie observația conform căreia, incidența bolilor coronariene este în continuă creștere, ele extinzându-se progresiv asupra unor grupe de vârstă tot mai tinere. Astfel, "din rata totală a mortalității, în anul 1950 bolile coronariene reprezentau 20% pentru bărbați, iar în 1973 acest procent era de 30-40%" (**M. H. Davies**, 1984, p. 232)

Cu toate că incidența bolilor coronariene a continuat să crească în cele mai multe țări și după 1973, studiile epidemiologice atestă faptul că în principalele țări ale lumii, ca de exemplu în Statele Unite ale Americii și Japonia, rata morbidității acestor boli se află în scădere. Cum, după cunoștința noastră, în terapia farmacologică a acestor boli nu au intervenit factori semnificativi sub aspectul eficienței, înseamnă că ansamblul măsurilor de profilaxie și management (în rândul cărora cele psihologice dețin un rol important) au contribuit la reducerea morbidității și a mortalității bolii coronariene în țările respective.

4.1.1. Implicații ale factorilor psihici în etiopatologia bolii coronariene. Legăturile dintre funcțiile cardiace și procesele psihice și, în primul rând, relația dintre unele afecțiuni cardiace și stările afective, pot fi urmărite până la izvoarele scrise ale medicinei; totodată reținem constatarea lui **William Harvey**, considerat părintele cardiologiei, care, cu peste trei sute de ani în urmă, sublinia că "orice stare psihică însoțită de durere sau plăcere, de teamă sau speranță este cauza unei agitații a cărei influență se extinde asupra inimii".

Actualmente, importanța evenimetelor stresante, a pierderilor, insatisfacțiilor și frustațiilor în etiopatogenia bolii coronariene este în mod constant semnalată și invocată, deși modul concret de acțiune al acestor factori constituie o problemă care nu a fost pe deplin rezolvată. Astfel de evenimente au fost semnalate în antecedentele imediate ale pacienților, respectiv în ultimele șase luni care au precedat apariția bolii coronariene. S-au constatat de asemena "decese subite după evenimente stresante, pierderi, frustații sau dezamăgiri, la persoane cu vulnerabilitate emoțională crescută" (**T. P. Hackett**, et. al., 1985, p. 1153).

Numeroși alți factori psihostresanți, printre care instabilitatea socioprofesională, ca și neconcordanța dintre pregătirea profesională și răspundere (incongruența de statut), s-au semnalat în antecedentele pacienților cu boală coronariană. Totodată, constatarea unui "anumit paralelism dintre creșterea incidenței bolii și industrializarea rapidă a sugerat că riscul de boală coronariană ar fi legat de unii factori ai pattern-ului de viață și muncă specific secolului XX" (**Margaret Chesney** et. al., p. 19).

Suportul socio-familial a fost de asemenea identificat ca un factor ce poate fi implicat în etiologia bolii coronariene. Studii efectuate asupra japonezilor din Statele Unite, ca și asupra agregatelor familiale europene sugerează rolul protector al mediului familial față de diferite forme de stres psihosocial ce favorizează apariția bolii coronariene. S-a constatat astfel că în Grecia, Italia și Iugoslavia, spre deosebire de țările din Nord-Vestul Europei, caracterul coeziv al familiei se înscrie ca un factor de protecție al bolii coronariene.

De asemenea, studii efectuate cu 2-3 decenii în urmă, care nu au fost infirmate, deși nu se bucură de o înaltă validitate, ilustrează **rolul aspectelor temperamentale în apariția și evoluția bolii coronariene**, pacienții respectivi fiind în special picnici, extraveriți, sociofili etc.

Studiul personalității pacienților cu boală coronariană a constituit o preocupare predilectă pentru cercetarea din psihologia medicală, pornindu-se de la premisa că o anumită structură de personalitate ar constitui pentru acești pacienți un factor de vulnerabilitate. Semnalate cu câteva decenii în urmă, trăsăturile "specifice" de personalitate au fost în mod științific explorate de către **Flanders Dunbar** (1954). Bazându-se pe examinarea extensivă a unui număr de 1600 de pacienți internați, autoarea a putut identifica așa-numitele "profiluri de personalitate" atât pentru pacienții cu boală coronariană cât și pentru cei cu hipertensiune arterială, reumatism etc. Întrucât acest studiu a deschis un nou domeniu în cercetarea psihosomatică, redăm trăsăturile de personalitate ale pacienților cu boală coronariană așa cum au fost constatate de **F. Dunbar**. Astfel, din grupul mai sus menționat au fost selecționați 25 de pacienți cu angor sau infarct miocardic a căror explorare psihologică a evidențiat următoarele trăsături de personalitate:

- predominență a tipului somatic picnic;
- nivel socio-cultural elevat;
- nivel educațional ridicat;
- alură (comportamentală) "în general distinsă";
- stabilitate în muncă;
- stabilitate în mariaj;
- proporție ridicată a mariajelor (95%);
- număr relativ ridicat de copii;
- interes redus pentru sport;
- puține violon d'Ingres;
- interes pentru filosofie și profesiuni intelectuale.

În fundalul acestor caracteristici, investigația psihologică evidențiază trăsături masochiste ilustrate clinic prin:

- exigență și intoleranță față de sine și față de ceilalți;
- principialitate rigidă;
- tendința de ascensiune spre standarde profesionale ridicate prin disciplină personală și efort excesiv.

Această structură psihică ar fi întrucâtva "specifică" bolii coronariene, subliniindu-se că "ansamblul acestui tablou al personalității pacientului coronarian joacă un rol important în declanșarea accidentului vascular și are influență asupra prognosticului și organizării tratamentului" (**Flanders Dunbar**, 1954, p. 79).

Acest profil de personalitate al pacientului coronarian descris ca fiind predominant obsesiv-compulsiv și cu defense pasiv-agresive, a fost confirmat ulterior de numeroși clinicieni europeni, în special francezi și, parțial, infirmat de către alții. Într-adevăr, și astăzi structura psihică a pacientului cu cardiopatie ischemică nu se distinge de aceea descrisă de **Fl. Dunbar** cu peste patru decenii în urmă. Astfel, "persoana prezintă o tendință constantă spre acțiune, ... acordă foarte mare importanță activității profesionale, muncește multe ore pe zi și atașează idealurilor și scopurilor sale o mare cantitate de emoții. Pacientul este foarte nuanțat sub aspectul trăirilor emoționale, pe care și le reprimă în loc să le exteriorizeze. El are probleme considerabile referitoare la ostilitate, dar și-o canalizează într-o activitate excesivă care îl duce în cele din urmă într-o poziție de dominație" (**M. H. Davies**, 1984, p. 223.

Acest tablou psihic, al omului scrupulos, devotat, ferm angajat și hiperimplicat, descris de clinicienii moderni atât de nuanțat, a fost, de fapt sintetizat încă de la începutul secolului de către **Wiliam Osler** ca "bărbatul inteligent și ambițios, al cărui motor este dat, permanent, la viteză maximă".

4.1.2.Comportamentul de tip A și riscul de boală coronariană. Cu toate că problemele legate de personalitatea coronarianului păreau exhaustiv cercetate, actualmente este în discuție un alt pattern comportamental specific, și anume comportamentul de tip A. Într-adevăr, cu mai bine de trei decenii în urmă, doi interniști, **Meyer Friedman** și **Ray Rosenman**, au inițiat un studiu asupra unui număr de 3000 de bărbați între 29 și 59 ani, salariați, pe care i-au investigat printr-un interviu structurat și un chestionar standardizat cu 69 itemi. Persoanele investigate au fost împărțite în funcție de pattern-ul comportamental în două grupuri, A și B, care au fost urmărite și reinvestigate după 4,5 ani, 6,5 ani și 8,5 ani. Cei care, inițial au fost incluși în grupul cu comportament de tip A prezentau, la sfârșitul studiului, o incidență a bolii coronariene de 1,7-4,5 mai mare decât a celor din grupul B. Totodată, studii ulterioare au ilustrat că "scorul la comportamentul de tip A este semnificativ mai mare la cei cu episoade recurente de boală coronariană decât la cei care au avut un singur episod" (**M. H. Davies**, 1984, p. 234).

S-a constatat astfel o "puternică asociere între comportamentul de tip A și incidența bolii coronariene care a fost independentă de interrelațiile dintre pattern-ul comportamental și oricare alt factor de risc" (**T. P. Hackett**, et. al., 1985, p. 1154). Totodată, comportamentul de tip A a fost definit de autorii studiului ca "un complex caracteristic, acțiune-emoție, manifestat de acei inși care sunt angajați într-o luptă mai mult sau mai puțin cronică, de a obține un număr nelimitat de lucruri, slab definite din mediul lor, în cea mai scurtă perioadă de timp și, dacă este posibil, în ciuda eforturilor opuse ale altor persoane din același mediu" (**Ibidem**).

Sub aspectul manifestărilor clinice, comportamentul de tip A este ilustrat prin competitivitate, ambiție, agresivitate, neliniște, nerăbdare, devotament față de muncă, motivație de succes, sentimentul de "presiune a timpului", caracterul "abrupt" al comunicării verbale și al gesturilor, tendință la ostilitate. Cei care nu prezintă aceste caracteristici aparțin comportamentului de tip B.

Alți clinicieni consideră că acest comportament este ilustrat prin relaxare, slabă capacitate de mobilizare și grabă, inaptitudine de a lupta viguros pentru un scop. În privința rezultatelor însă, comportamentul de tip B nu este atât de handicapat pe cât ne-am fi așteptat, întrucât, în pofida mobilizării ferme și a spiritului competitiv, "există date care arată, contrar așteptărilor, că persoanele cu comportament de tip A au mai puțin succes, în ciuda dorinței lor ardente de a avea performanțe" (**T. P. Hackett**, 1985, p. 1154).

Probabil, induși de o anumită discrepanță dintre rezultatele scontate și cele obținute, unii clinicieni au descris așa-numitul "**pattern comportamental de tip Sisif**". Astfel, studii asupra unor pacienți care au avut infarct miocardic și asupra unui grup apariat de control, au ilustrat că cei din prima categorie se caracterizau prin luptă și efort, dar erau lipsiți de sentimente de satisfacție, împlinire sau bucurie. Autorii au constatat, de asemenea, că rata mortalității prin infarct miocardic la cei cu **pattern comportamental de tip Sisif** era asemănătoare cu a celor care prezentau comportament de tip A. Considerăm totuși că tipul A de comportament, în măsura în care își poate ilustra validitatea, este inerent persoanelor acreditate succesului, constant angajate în lupta de a reuși, de a se autodepăși, de a bate recorduri.

Comportamentul de tip A nu este sinonim cu stresul de viață (deși cei în cauză par a duce o viață în stres) și nici nu prezintă un răspuns sau o reacție la stres. Dimpotrivă, considerăm că un astfel de comportament constituie o expresie a structurii personalității insului și de aceea el poate fi întrezărit din copilărie, se cristalizează la adolescență, însoțind insul de-a lungul întregii sale existențe. În același timp, anumite atitudini parentale, orientate spre escaladarea standardelor de performanță și succes, pot favoriza apariția la unii copii a unor conduite înrudite comportamentului de tip A.

În concordanță cu trăsăturile psihologice ale comportamentului de tip A, care exprimă stare de hiperstenie, mai ales la bărbații tineri din această categorie, s-au descris unele particularități clinice traduse prin tahicardie și creșteri ale tensiunii arteriale la sarcini motorii și cognitive de performanță.

Conform datelor obținute prin cercetări biochimice, comportamentul de tip A nu se caracterizează numai printr-o anumită structură psihologică, ci și printr-o bază biologică ilustrată prin:

- valori crescute ale trigliceridelor și colesterolului plasmatic;
- răspuns hiperinsulinemic la administrarea de glucoză;
- secreție diurnă crescută de noradrenalină.

În plus, la persoane descrise ca având un comportament de tip A extrem, au fost constatate și alte modificări biologice, în special endocrine, ilustrate prin:

- reducerea timpului de coagulare;
- creșterea nivelului corticotropinelor;
- reducerea concentrației somatotropului din ser.

De asemenea, în concordanță cu trăsăturile psihice, reacții fiziologice diferite în anumite situații disting cele două tipuri comportamentale. Astfel, în timpul audierii unui monolog "stupid, ezitant, monoton și repetitiv", persoanele cu un comportament de tip A prezentau:

- excursii respiratorii mai mari;
- mișcări ale degetelor mai frecvente;
- mișcări ale corpului mai frecvente și mai ample, comparativ cu cele identificate ca având un comportament de tip B. În sfârșit, **R. H. Rosenman** et al., (1975) constată că patternul comportamental de tip A prezintă înalte corelații cu hipercolesterolemia, fumatul, creșterea tensiunii arteriale diastolice și boala coronariană la părinți.

Studii cu caracter transcultural au confirmat validitatea acestui pattern comportamental. Astfel, comparându-se loturi de pacienți finlandezi, suedezi și americani cu infarct miocardic s-a constatat că ei prezentau: "o activitate profesională intensă, cu responsabilitate și oarecare ostilitate, cu mai multă insatisfacție cu privire la rezultate ca și față de realizarea scopurilor fixate" (**M. H. Davies**, 1984, p. 234).

De asemenea, "relația dintre comportamentul de tip A și boala coronariană a fost găsită ca relevantă și în Europa, Austria și Israel" (**T. P. Hackett** et al.1985, p. 1155).

Natura comportamentului de tip A nu a fost elucidată, dar se constată că este structurată atât biologic, cât și psihologic. Pe de altă parte se emite aserțiunea conform căreia "comportamentul în sine este, dacă nu social-determinat, cel puțin social-modelat" (**M. H. Davies**, 1984, p. 237).

Terapia și profilaxia comportamentului de tip A nu a dus la rezultate satisfăcătoare, ceea ce era de așteptat în condițiile naturii sale predominant constituționale. Aflat sub controlul sistemului nervos simpatic, acest comportament de tip A este menținut în stare de tensiune de un nivel catecolaminic superior comportamentului de tip B. În aceste condiții, era de așteptat ca numeroase încercări de a modifica tipul comportamentului A prin metode de relaxare, autohipnoză, biofeedback etc., să nu determine rezultatele scontate. Pe de altă parte, fiind vorba de un pattern comportamental, în vederea schimbării sale au fost aplicate metode comportamentale, ale căror rezultate nu au fost încă validate.

Validitatea comportamentului de tip A este larg acceptată printre cardiologi și "se consideră a avea o semnificație mai mare în incidența bolii coronariene decât oricare alt factor de risc" (**Ibidem**). Într-adevăr, comportamentul de tip A este întâlnit cu o înaltă prevalență printre pacienții cu boală coronariană, în timp ce "la persoanele cu boli de plămâni și cu boli maligne există o distribuire egală a patternului de tip A și B" (**T. P. Hackett** et al., 1985, p. 1155).

În general validat, tipul de comportament A este parțial controversat; astfel, a fost emisă ipoteza că el prezintă un registru clinic prea vast, ceea ce permite includerea unui

număr mare de falși A. Pe de altă parte, anumiți parametri psihologici (ca, de exemplu, ostilitatea) nu au fost confirmați, (ostilitatea a fost frecvent asimilată, când n-a fost confundată, cu competitivitatea).

Cu toate acestea, larga acceptare a comportamentului de tip A ca factor de risc al bolii coronariene nu trebuie să inducă ideea că acesta, în ciuda caracterului său plurideterminat, reprezintă unicul factor etiologic, dimpotrivă, acest comportament ar putea constitui, eventual, calea finală comună, expresia manifestă finală a unor elemente multiple din etiologia plurifactorială a bolii coronariene. Cu toate că în structura comportamentului de tip A factorii psihologici și sociali sunt relevanți, nu trebuie minimalizat faptul că aceștia reprezintă "doar un set de variabile cauzale contributorii care interacționează într-un mod necunoscut, dar complex, cu factorii biochimici și biologici" (**Z. L. Lipowski**, 1980, p. 1893).

Comportamentul de tip A se înscrie ca un factor major de risc al bolii coronariene alături de:

- **factorii genetici**, ilustrați printr-o istorie familială a bolii, alături de arterioscleroză și hipertensiune arterială cu apariție prematură;
- **factorii biochimici**, caracterizați în primul rând prin concentrații ridicate ale colesterolului, triglicéridelor, glucozei și acidului uric;
- **factorii dietetici**, cu înaltă saturație lipidică și cu mare valoare calorică;
- **factorii habitual-conjuncturali**, ca sedentarismul și fumatul.

4.1.3. Abordarea psihoterapeutică a pacientului coronarian. Psihoterapia pacienților cu boală coronariană poate fi discutată sub mai multe aspecte, și anume:

- din perspectiva cronologiei (a momentului intervenției);
- din punctul de vedere al metodelor utilizate;
- sub unghiul fenomenelor clinice, psihopatologice, care trebuie abordate.

Din perspectivă cronologică, avem în vedere etapele evolutive ale bolii coronariene ce prezintă manifestări psihopatologice și fiziopatologice întrucâtva specifice care impun diferențieri în abordările terapeutice.

În faza de debut a bolii coronariene în prim-planul fenomenologiei clinice se situează durerea precordială. Aceasta constituie un semnal de alarmă mai ales când prezintă caracteristici clinice specifice (iradieri în membrul superior stâng și în special pe partea cubitală a acestuia etc.), apare la un bărbat cu un comportament de tip A, este intensă și se menține mai mult de trei minute. În această fază psihoterapia (chiar și superficială, suportivă) are un rol minor, limitându-se la dimensiunile durerii și a anxietății care o însoțește. În acest context subliniem un fapt care nu este menționat în lucrările de specialitate dar cunoscut de către cardiologii cu experiență, și anume: durerea însoțită de anxietate sporește net probabilitatea infarctului miocardic; mai mult există o strânsă corelație între această creștere a probabilității infarctului și intensitatea anxietății care însoțește algia precordială.

Fără a minimaliza importanța unei abordări psihologice adecvate, orientate spre reducerea durerii și a anxietății, considerăm că, în această fază, mai importantă decât

psihoterapia este urgența cu care trebuie să se administreze pacientului tratamentul farmacologic specific. Faptul este cu atât mai important, cu cât majoritatea pacienților ezită între 3 și 6 ore în a solicita ajutorul calificat. Această întârziere este deosebit de prejudiciabilă, întrucât s-a constatat că aproximativ 70% dintre decesele cu infarct miocardic acut se produc în primele 4 ore de la apariția primelor simptome. Reținerea în acordarea ajutorului medical calificat sau amânarea acestuia a fost explicată mai ales din perspectiva psihologiei dinamice prin:

- **denegare** (respingerea din conștiință a existenței bolii), ca mijloc de apărare împotriva fricii de moarte;
- **raționalizare** (tendința de interpretare a simptomelor ca nefiind legate de inimă);
- **minimalizare** a semnificației simptomelor, în vederea evitării statutului de bolnav și a dependenței față de alții. Dacă în prima fază a bolii coronariene este vorba de o denegare simplă a simptomelor, care constituie un mod de a stăpâni anxietatea legată de eventualitatea morții, ulterior apare o "denegare a bolii și a semnificației acesteia, care se manifestă sub forma comportamentului inadecvat ce împiedică vindecarea pacientului" (**C. P. Kimball**, 1975, p. 614).

În faza intermediară, de amplă manifestare clinică a bolii coronariene, sau faza "de spitalizare", durerea și anxietatea, care prezintă cea mai înaltă acuitate în prima și a doua zi, se reduc progresiv. Se constată că aceste două manifestări clinice prezintă în evoluția lor o strânsă interrelație, ceea ce impune înscrierea în ansamblul măsurilor terapeutice a medicației anxiolitice.

Sub aspectul patomorfozei simptomatice, în această fază a evoluției clinice locul durerii este luat de astenie, iar acela al anxietății de către depresie și insomnie. Într-adevăr, ansamblul îngrijirilor și în special monitorizarea cardiacă determină o reducere marcată a anxietății după primele două zile, fapt întrucâtva concomitent cu ameliorarea durerii. În același timp apar tulburările de somn (ilustrate mai ales prin reducerea duratei somnului total și a perioadelor de somn REM) și de dispoziție, manifestate în primul rând prin depresie; concomitent, pacientul resimte o intensă stare de astenie.

În această perioadă de evoluție a bolii coronariene **abordarea psihoterapeutică este suportiv-educativă**, axată pe reasigurare sau liniștire și pe explicare. Se va încerca să se insufle pacientului convingerea asupra eficienței terapiei, ca și asupra eliminării pericolelor prin instituirea monitorizării, care constituie un adevărat "înger păzitor mecanic". Întrucât starea de anxietate întreține o înaltă concentrație a catecolaminelor circulante, psihoterapia suportivă va fi întărită prin substanțe psihofarmacologice anxiolotice. Se pot prescrie astfel tranchilizante ca hidroxizin, napoton, oxazepam, diazepam (10 mg x 3 pe zi) sau neuroleptice sedative ca levomepromazina sau tioriodazina, în doze reduse de 5-10 mg x 3 pe zi).

Unii clinicieni consideră că, în pofida tratamentului cu tranchilizante, anxietatea nu se reduce așa de repede ca în stările reactive sau nevrotice, ea fiind mai persistentă la pacientul cu cardiopatie.

De asemenea, alături de depresie, anxietatea este interpretată, ca semn al severității

bolii coronariene, fapt care nu poate fi negat, ci numai interpretat din perspectivă terapeutică. Astfel, numeroși specialiști somaticieni:

- păstrează în continuare convingerea (bazată pe impresie și nu pe observații sau informare) asupra "cardiotoxicității" substanțelor psihofarmacologice, ceea ce constituie o eroare;
- nu recurg la un minimum de psihoterapie suportivă, investind în mod excesiv virtuțile terapeutice ale medicației specifice.

Menționăm de asemenea faptul că recunoașterea anxietății și depresiei pacientului, ca și tratarea lor adecvată, este actualmente reevaluată întrucât persistențelor a fost corelată cu prognosticul negativ al bolii coronariene.

Pacientul va fi prevenit asupra stării de astenie, inerentă condiției sale (care poate fi chiar accentuată prin sedare), pentru ca această stare de slăbiciune să nu fie interpretată ca un semn de agravare a bolii coronariene.

În practică, abordarea psihoterapeutică poate fi ghidată în funcție de tipurile de răspuns (ale pacientului la accidentul coronarian), printre care se notează:

- acceptarea realistă a stării de boală și încercarea de a face față situației în cadrul unei "alianțe" terapeutice cu medicul;
- minimalizarea sau denegarea semnificației bolii și încercarea de a-și continua existența, ca și cum aceasta nu ar exista;
- dependența excesivă față de situația și statutul de bolnav, ca și tendința de perpetuare a rolului de bolnav;
- utilizarea bolii în scopul testării disponibilităților afective ale celorlalți, al manipulării conduitei lor și al obținerii unor beneficii secundare, materiale sau morale.

În funcție de personalitatea pacientului, ca și de aatitudinea familiei și a echipei medico-sanitare, aceste veritabile **strategii de coping** vor constitui direcții de orientare și de abordare psihoterapeutică.

În faza de remisiune a bolii coronariene sunt instituite așa-numitele programe de reabilitare, definite ca "suma activităților necesare pentru a asigura pacienților mai bune condiții (fizice, mentale și sociale) posibile, astfel încât, prin propriile lor eforturi, aceștia să-și recapete un loc în comunitate și să ducă o viață normală, activă și productivă" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1897).

În cadrul acestor programe de reabilitare, mijloacelor de psihoterapie le revin roluri esențiale datorită:

- stării psihice particulare a pacientului;
- complicațiilor care pot surveni în perioada de remisiune.

Starea psihică a pacientului în această perioadă este dominată de dispoziția depresivă denumită și "depresia de întoarcere acasă", ca și de sentimentul pierderii și incapacității, considerat ca un "**infarct al ego-ului**".

Depresia postinfarct, citată în aproximativ 50% din cazuri, prezintă o incidență mult mai înaltă, fiind considerată ca "un răspuns cvasiuniversal față de atacul cardiac" (**T. P. Hackett**, 1985, p. 1156). S-a constatat că această depresie apare mai ales când

infarctul miocardic a fost precedat de evenimente vitale, în general socio-profesionale sau familiale, iar intensitatea sa este în concordanță cu severitatea bolii coronariene. Printre factorii favorizanți ai acestei depresii secundare bolii coronariene se menționează durerea, hipoxia cerebrală, insomnia, teama de moarte, limitările impuse de boală, interogațiile și incertitudinile legate de propria-i existență etc.

Complicațiile perioadei postinfarct pot fi somatice sau psihice. Din prima categorie cele mai frecvente sunt **aritmiile cardiace** determinate în special de înaltele concentrații plasmatice ale acizilor grași și ale substanțelor catecolaminice, acestea, la rândul lor, fiind cauzate de exacerbarea stării de anxietate. Din această perspectivă, psihoterapia suportivă ca și medicația anxiolitică protectivă se impun cu atât mai mult cu cât "orice variabilă din mediul fizic și social care facilitează anxietatea pacientului poate induce aritmii potențial fatale" (**Z. P. Lipowski**, 1980, p. 1898). În astfel de situații necesitatea terapiei cu tranchilizante și în special cu diazepam este considerată ca axiomatică, atribuindu-i-se o complexă acțiune farmacodinamică ilustrată prin:

- reducerea eliberării de catecolamine;
- reducerea incidenței aritmiilor;
- ameliorarea circulației miocardice;
- reducerea extensiei leziunilor miocardice.

Probabil din aceste considerente unii clinicieni administrează diazepam în scop profilactic încă din momentul primirii pacientului, în doză de 10 mg. intravenos, continuând cu 10-15 mg. per oral la 8 ore, timp de trei zile.

Delirium-ul postinfarct, a cărui expresie clinică este ilustrată prin iluzii, halucinații, idei delirante, dar mai ales prin tulburări de conștiență, constituie o complicație a cărei incidență este de aproximativ 6-7% din numărul pacienților internați pentru infarct miocardic. Tulburările de somn, anxietatea, dar mai ales hipoxia cerebrală stau la baza apariției acestei complicații psihopatologice. Delirium-ul apare mai ales la pacienți vârstnici, în ziua a 3-a sau a 4-a a infarctului și are o durată de 3-4 zile. Tratamentul său de elecție constă în administrarea de haloperidol, intramuscular sau intravenos, în posologie de 5 mg. din oră în oră, până la reducerea tulburărilor confuzionale, după care administrarea se face per oral, tot cu câte 5 mg. la 4 ore, până la ameliorarea sau dispariția halucinațiilor și declinul ideilor delirante. Cu un astfel de tratament manifestările psihotice ale delirium-ului pot dispare din prima zi, haloperidolul având o acțiune de elecție asupra tulburărilor de conștiință și manifestărilor halucinatorii.

Din punctul de vedere al metodelor de psihoterapie utilizate în ansamblul terapeutic al bolii coronariene, în prim-plan se situează psihoterapia suportivă și terapia comportamentală.

Psihoterapia suportivă este aplicată încă de la apariția infarctului miocardic sau din perioada spitalizării, fiind axată în special asupra pacienților care prezintă:

- tendințe de denegare a simptomatologiei sau a bolii în ansamblu;
- noncomplianță terapeutică;
- tendințe de invaliditate psihogenă.

Prin această abordare terapeutică pacientul este lăsat (fiind uneori încurajat) să-și exprime stările afective și sentimentele față de boala coronariană, față de atacul coronarian, ca și față de consecințele acestuia. Conduita securizantă a terapeutului, explicațiile și clarificările acestuia referitoare la interogațiile pacientului, ca și elaborarea împreună a planurilor de reabilitare îl ajută pe pacient să gândească și să acționeze în termenii unui coping adaptativ.

Psihoterapia expresivă, mai aprofundată și mai îndelungată, se aplică numai în faza de reabilitare, la pacienții cu infarct miocardic care prezintă invaliditate psihogenă prin persistența depresiei și asteniei. O psihoterapie mai bine structurată se impune atunci când se constată "o slabă adaptare psihologică în primele stadii ale vindecării fizice, fapt ce prezintă pericolul decesului în proximele șase luni de convalescență" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1897).

În cadrul psihoterapiei expresive trebuie să i se ofere pacientului posibilitatea de a "ventila", de a-și exprima furia, ostilitatea, insatisfacția, și de a discuta frustrația cu privire la un larg spectru de preocupări și trăiri. De asemenea, pacienții care în mod obișnuit și-au reprimat sentimentele ostile și agresive vor fi încurajați în exprimarea tendințelor, ca mijloc de a da expresie frustrațiilor.

Terapia comportamentală a fost aplicată atât în grup, cât și în forma individuală. Au fost elaborate programe generale de prevenție comportamentală (destinate persoanelor cu risc de boală coronariană) ce aveau modificarea dietei alimentare, descurajarea fumatului, reducerea greutății, creșterea activității fizice. De asemenea, au fost elaborate și aplicate programe speciale, denumite "de control al stresului cardiac", axate pe două obiective de bază, și anume:

- **antrenarea în controlul stresului**, în compunerea căruia erau incluse: identificarea situațiilor stresante, controlul stimulilor care evocă răspunsuri la stres, învățarea relaxării etc.;

- **modificarea comportamentului habitual**, care cuprinde schimbări ale obiceiurilor zilnice susceptibile de a produce stres, evitarea situațiilor și persoanelor care induc starea de alertă, competitivitatea și ostilitatea etc.

Prin astfel de programe au fost obținute "schimbări măsurabile" ale comportamentului de risc, precum și reducerea colesterolului seric și a altor constante biologice care favorizează apariția accidentelor ischemice.

Psihoterapia în grup a fost aplicată, în forme și pe durate variabile, pacienților cu infarct miocardic în perioada de remisiune. Temele în discuție au fost axate asupra complianței la terapie, respectării programelor terapeutice și măsurilor educative. Astfel, în cadrul grupului au fost discutate efectele bolii asupra vieții, starea actuală a sănătății, rolul de pacient și efectele sale asupra vieții familiale etc. Prin aceasta pacienții dezvoltă un sentiment de încredere, de responsabilitate pentru starea lor de sănătate, ca și sentimentul de participare la propria vindecare.

Psihoterapia maritală și familială a fost invocată și aplicată pacienților cu boala coronariană nu numai din considerente terapeutice, ci și aparent etiologice. Astfel, în

30% din cazurile de accident coronarian, pacientul incriminează problemele conjugale drept cauză a bolii sale. Pe de altă parte, studiile efectuate ilustrează faptul că soțiile pacienților prezintă manifestări psihopatologice ilustrate prin irascibilitate, insomnie, depresie și anxietate, la fel de severe ca ale soțului bolnav. În plus, 40% dintre soții prezentau o simptomatologie nevrotică la un an după atacul de cord al soțului. Totodată, psihoterapia de familie este invocată întrucât, după cum era de așteptat, s-a constatat că soțiile exercită o influență marcată asupra evoluției convalescenței soțului care a suferit accidentul coronarian.

În ansamblu, s-a constatat că infarctul miocardic al unuia din soți determină, de cele mai multe ori, o schimbare radicală a relațiilor familiale. Astfel, după atacul de cord al soțului, în 25% din cazuri relațiile familiale s-au ameliorat, iar în 20% din cazuri acestea s-au deteriorat.

Conținutul psihoterapiei de familie are în vedere înlăturarea unor idei și atitudini empirice, eronate și instituirea unor reguli și conduite adaptate. Acestea se referă mai ales la confortul psihic, la activitatea fizică și la sexualitate.

Starea psihică a pacientului coronarian în convalescență poate fi cu succes menajată sau, dimpotrivă, periclitată de către partenerul conjugal. De cele mai multe ori, acesta, prin atitudinea sa hiperprotectoare sporește anxietatea, dependența, depresia și invaliditatea pacientului.

Activitatea fizică este de asemenea greșit interpretată, uneori fiind complet înlăturată prin atitudinea eronată și noncompliantă a partenerului conjugal. Acesta consideră că eforturile fizice minime, în fond necesare, inclusiv cele corelate activității sexuale pot fi fatale, perpetuând prin eliminarea lor o invaliditate psihică și nicidecum, cardiologică. Dimpotrivă, în cadrul psihoterapiei se va elabora un program de activitate fizică a cărui respectare va duce la ameliorarea stării generale, inclusiv mentale.

Sexualitatea, în perioada convalescenței, este de asemenea fals considerată, cel puțin din perspectiva datelor actuale. Astfel, există prezumția că efortul corelat actului sexual impune o povară coronariană ce nu poate fi suportată de către pacientul convalescent. Dimpotrivă "s-a demonstrat că efortul inimii în timpul actului sexual este echivalent cu al unei plimbări în jurul blocului sau urcarea câtorva trepte ale unui etaj" (**T. P. Hackett**, 1985, p. 1157). Tocmai de aceea este încurajator și securizant pentru pacient să se sublinieze că "actul sexual poate fi reluat la o lună după infarct" (**Ibidem**), iar consilierea sexuală să se înscrie ca un element esențial în cadrul psihoterapiei de familie.

În ansamblu, psihoterapia de familie, printr-o abordare comprehensivă și coordonată, poate asigura atât pacientului, cât și partenerului o conduită adecvată, axată pe reluarea gradată a tuturor activităților și realizarea unui stil de viață lipsit de riscul recidivelor.

Rezultatele psihoterapiei pacienților cu boală coronariană sunt considerate ca satisfăcătoare întrucât se constată:

- o reducere a duratei de spitalizare;
- diminuarea anxietății și depresiei secundare;
- reducerea incidenței complicațiilor și în special a aritmiilor;

- facilitarea unui stil de viață adaptativ, mai integrat și mai puțin punitiv.

4.2. Hipertensiunea arterială esențială sub unghi psihologic și psihoterapeutic.

Creșterea presiunii sangvine peste o limită arbitrar acceptată (de 160mm. Hg. pentru valoarea sistolică și respectiv de 95 mm. Hg. pentru valoarea diastolică) este considerată ca hipertensiune arterială. În majoritatea cazurilor considerată esențială sau criptogenetică, hipertensiunea arterială este rareori simptomatică, numai în aproximativ 5% fiind de natură somatică, respectiv renală, endocrinologică sau neurologică. În toate celelalte cazuri, "factorul psihic", sub o modalitate sau alta, pare implicat în ansamblul etiologic, conferind acestei condiții atributul psihosomatic.

Datele epidemiologice atestă faptul că hipertensiunea arterială esențială "afectează 18% din populația adultă...iar dacă limita maximă a tensiunii normale este considerată 140/90mm. Hg., 38% din populație este hipertensivă" (**T. P. Hackett** et al. 1985, p. 1153). Totodată, hipertensiunea arterială constituie principala cauză de deces la adulți și principalul factor de risc pentru boala coronariană.

4.2.1. Răspunsul hipertensiv la stresori psihici, argument indirect al abordării hipertensiunii arteriale prin psihoterapie. Numeroase studii experimentale, ca și observații clinice curente atestă rolul situațiilor psihostresante în apariția hipertensiunii arteriale esențiale. Astfel, pierderile, frustrațiile, evenimentele psihotraumatizante au avut drept consecință creșterea tensiunii arteriale. Aceste creșteri ale tensiunii arteriale au fost mai mari și mai stabile la persoanele care prezentau o reactivitate specifică din partea sistemului cardiovascular, fapt întâlnit și la persoanele hipertensive.

În condiții de laborator, folosindu-se diferiți tensori de ordin psihic (stimuli psihici care induc modificări la nivelul tensiunii arteriale), s-a putut constata că cei care dezvoltă un nivel constant crescut al tensiunii arteriale prezintă de asemenea "o tendință de a răspunde la evenimente perturbatoare emoționale prin creșteri anormale ale tensiunii arteriale" (**I. B. Goldstein**, 1981, p. 37). Cu alte cuvinte, persoanele hipertensive, ca și cei care au tendință la hipertensiune, prezintă răspunsuri hiperactive la stresori psihici din ambianță. După cum era de așteptat, elementul patogen nu era reprezentat atât de intensitatea stresului, cât, mai ales, de gradul de implicare a persoanelor respective și de semnificația personală a stresului.

Pe lângă faptul că răspunsul vasoconstrictiv la stres este mai mare la hipertensivi decât la normotensivi, s-a constatat că "fiii normotensivi ai hipertensivilor înregistrează creșteri mai mari și mai durabile ale tensiunii arteriale, comparativ cu alte persoane" (**T. P. Hackett** et al., 1985, p. 1154).

Pe de altă parte, s-a constatat că o hiperactivitate la tensori a normotensivilor poate constitui un element predictiv pentru apariția hipertensiunii arteriale la aceștia, după cum o tensiune arterială de 140/95mm. Hg. la o persoană de 35 de ani este un semn de hipertensiune care "va reduce durata vieții acesteia cu 9 ani" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1901).

Numeroase alte studii au demonstrat existența unui răspuns hipertensiv la stimuli care declanșau ostilitatea, furia sau anxietatea. Totodată, prin studii de interviu s-a arătat că "hipertensivii răspund atât la anxietate cât și la furie prin creșteri semnificativ mai mari ale tensiunii arteriale, comparativ cu normotensivii" (**I. B. Goldstein**, 1981, p. 39). Într-adevăr, observațiile clinice au confirmat faptul că la hipertensivi stările afective cel mai des identificate au fost anxietatea, ostilitatea și furia, a căror expresie a fost frecvent reprimată în antecedentele pacienților.

S-a constatat de asemenea o creștere a prevalenței hipertensiunii arteriale la persoanele supuse schimbărilor socio-culturale rapide, urbanizării excesive, emigrării și mobilității socio-economice.

În afara factorilor psihostresanți nespecifici, unii cercetători au identificat stresori de mediu specifici, susceptibili de a afecta în mod direct răspunsuri hipertensive. Cu toate acestea, se consideră că hipertensiunea arterială se dezvoltă ca o consecință a modului în care un ins vulnerabil din punct de vedere genetic percepe o amenințare din mediu și că patternul defensiv pe care îl adoptă în mod gradat determină relații somtao-psihosociale complexe a căror cale finală comună o constituie răspunsul hipertensiv repetitiv, care, după o anumită perioadă, se instalează definitiv.

4.2.2. Implicarea factorilor psihologici în contextul etiologic al hipertensiunii arteriale. Anumite trăsături "specifice" de personalitate, studiate ca și în cazul altor boli psihosomatice în mod amplu de **Flanders Dunbar**, au fost corelate cu prezența hipertensiunii arteriale. Astfel, s-a considerat că patternul de personalitate în hipertensiunea arterială este ilustrat prin perfecționism, anxietate, compulsivitate etc. Cercetări mai noi emit supoziția că hipertensiunea arterială apare la cei care prezintă o "personalitate specifică" precum și la cei care sunt marcați de "conflicte intrapsihice între tendințe pasiv-dependente și impulsuri agresive cu reprimarea ostilității, furiei sau resentimentelor cronice" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1902).

Studii efectuate în ultimul deceniu admit că pacienții hipertensivi prezintă o structură de personalitate obsesiv-compulsivă, sau, în orice caz, "caracteristici unice de personalitate care îi diferențiază de normotensivi, dar nu se știe dacă aceste caracteristici au determinat hipertensiunea sau sunt un rezultat al acesteia" (**I. B. Goldstein**, 1981, p. 38). Într-adevăr, deși în hipertensiunea arterială a fost descris un pattern de personalitate mai mult sau mai puțin specific, în mod practic el nu poate fi incriminat ca un factor etiologic. Așa cum se subliniază, "deși unele pattern-uri de personalitate pot fi evidente la unele persoane hipertensive, rolul acestor pattern-uri drept cauze ale hipertensiunii arteriale este neclar" (**T. P. Hackett** et al., 1985, p. 1154).

Toți acești factori psihologici se află în strânsă corelație cu cei genetici și biologici. De fapt, această corelație a fost apreciată și ca element predictiv pentru evoluția unui hipertensiv. Astfel, coexistența hipertensiunii arteriale cu fumatul și cu hipercolesterolemia la bărbați între 30-59 ani, face ca rata deceselor la aceștia, în următorii 10 ani să fie de 5 ori mai mare decât la martori" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1901).

Este posibil, ca factorii biologici și în primul rând genetici să constituie variabile

etiologice în măsura în care servesc drept bază pentru interacțiunea personală a insului într-un anumit mediu socio-cultural; totodată, ei pot constitui precursori ai unor factori socio-culturali și de personalitate care în evoluția psihică a persoanei capătă propria lor semnificație etiologică. În consecință hipertensiunea arterială poate apare la persoane care prezintă:

- o anumită reactivitate a sistemului nervos determinată genetic și prin factori de mediu;
- o anumită structură de personalitate caracterizată prin sensibilitate, compulsivitate, rigiditate, nevoia de afecțiune etc.;
- conflicte repetate și prelungite în care tendințele agresive sunt în mod constant reprimate;

Factorii etiologici prezintă însă o diferită acuitate și un grad variabil de specificitate, în funcție de momentul intervenției lor în evoluția hipertensiunii arteriale; sub alt unghi, putem considera că în fiecare fază a evoluției bolii intervin alți factori fiziopatologici. Astfel, în faza preclinică a bolii, factorii genetici și constituționali sensibilizează, sub influențe externe, un mecanism presor latent, cu potențial psihopatogen. Ulterior, prin repetarea evenimentelor psihostresante se dezvoltă o relație între reacțiile psihologice și cele fiziologice; hiperactivitatea vasculară, ca expresie a reactivității sistemului neuro-endocrin, se asociază cu pattern-uri emoționale de răspuns care pot fi identificate la hipertensivi.

La rândul său, **pattern**-ul emoțional reactiv influențează dezvoltarea unor defense ale ego-ului dar și a unor trăsături psihologice de personalitate, întrucâtva specifice. În corelație cu alți factori considerați favorizanți, repetarea în cursul vieții a situațiilor stresante poate determina perturbarea și, în cele din urmă, distrugerea sistemelor defensive ale ego-ului care nu mai pot stăpâni mecanismele presoare neuroendocrine. Astfel, dacă în primele faze ale procesului patogenetic factorii biologici joacă un rol esențial, ulterior cei psihologici intră în ecuație, câștigând treptat un rol precumpănitor în intercorelarea lor cu cei neuroendocrini și biochimici.

4.2.3. Asupra relațiilor hipertensiunii arteriale cu bolile psihice; depresia secundară bolii hipertensive. Întrucât factori psihici asemănători sunt implicați atât în etiopatologia hipertensiunii arteriale cât și a nevrozelor, a fost emisă supoziția că în rândul pacienților nevrotici hipertensiunea ar cunoaște o prevalență mai înaltă comparativ cu martorii. Această supoziție nu a fost confirmată, după cum nici aceea conform căreia ar exista o morbiditate psihiatrică mai mare printre hipertensivi comparativ cu normotensivii. Dimpotrivă, unele cercetări au evidențiat faptul că pacienții cu schizofrenie prezintă valori mai mici ale tensiunii arteriale comparativ cu alte categorii nozografice sau cu loturile martor.

Studii efectuate cu aproximativ două decenii în urmă au constatat însă corelații între anumite stări depresive și evoluția bolii hipertensive. Considerăm că aceste corelații anticipau ceea ce actualmente este denumit **depresie secundară**. Aceasta a fost decrisă recent în numeroase boli somatice și în primul rând cardiovasculare, dar în cazul

hipertensiunii arteriale depresia secundară condiției somatice se asociază cu depresia secundară tratamentului acestei condiții. Într-adevăr, numeroase substanțe antihipertensive determină, prin administrare îndelungată, stări depresive însoțite în aria mai largă a depresiilor farmacogene.

Istoria acestor depresii este legată de tratamentul hipertensiunii arteriale prin substanțe rezerpinice. Astfel, începând din anul 1955, mai multe studii au consemnat apariția stărilor depresive la pacienții hipertensivi tratați cu hiposerpil. Probabil însă că în datele prezentate erau cumulate atât depresiile secundare tratamentului cu **hiposerpil**, cât și depresiile secundare hipertensiunii arteriale. Studii mai noi arată însă că depresiile postrezerpinice se întâlnesc numai în 10% din cazuri deci, într-un procent relativ redus față de numărul depresiilor secundare hipertensiunii arteriale. Pe de altă parte, observații relativ recente emit supoziția că și alte substanțe hipotensivante (ca **alfametil-dopa**, **propanololul**, **hidralazina**, **guanetidina** și **clonidina**) pot fi corelate cu apariția stărilor depresive la pacienții cu hipertensiune arterială.

4.2.4. Oportunitatea și posibilitățile psihoterapiei în hipertensiunea arterială. Afecțiune cronică, în general bine suportată, hipertensiunea arterială prezintă o foarte slabă complianță terapeutică. Într-adevăr, studii recente, efectuate asupra unor pacienți din medii socio-culturale elevate, atestă faptul că pacientul urmează tratamentul prescris mai ales atunci când este determinat de durere sau de o simptomatologie evidentă sau incapacitantă.

În hipertensiunea arterială simptomatologia este însă practic inaparentă fiind în general discretă și tolerantă, ceea ce face ca adeziunea pacientului la tratament să fie dificilă, acesta manifestând uneori o opoziție evidentă. În această situație se constată că un procent de 30-50% dintre pacienții hipertensivi neglijează tratamentul" (**T. P. Hackett** et al., 1985, p. 1154).

În condițiile unei atât de slabe complianțe, orice abordare psihoterapeutică trebuie să testeze disponibilitățile și motivația pacientului pentru acceptarea tratamentului prin:

- stabilirea unei bune relații terapeutice;
- prezentarea unui plan terapeutic inteligibil și acceptabil;
- asigurarea cooperării membrilor familiei;
- analiza istoriei naturale a bolii și a eventualității complicațiilor;
- monitorizarea complianței.

Obiectivele psihoterapiei în hipertensiunea arterială constau în:

- reducerea tensiunii la valori normale sau cât mai aproape de acestea;
- menținerea acestor valori prin încurajarea complianței față de tratamentul farmacologic;
- respectarea ansamblului de reguli și recomandări care împiedică ridicarea tensiunii;
- modificarea comportamentului care predispune la hipertensiune.

În vederea realizării acestor obiective au fost încercate numeroase metode de psihoterapie, de la simpla relaxare până la psihoterapia psihanalitică.

Tehnicile de relaxare, aplicate în cadrul unor ședințe regulate de psihoterapie au

dus la o reducere "semnificativă clinic" a tensiunii arteriale. Modul de acțiune al acestui procedeu nu este elucidat, avansându-se două supoziții:

- întreruperea prin relaxare a ciclurilor diurne de activare hipotalamică ce apar la numeroși hipertensivi;

- realizarea unor schimbări mai generale de atitudine care însoțesc relaxarea și produc schimbări în direcția unui stil de viață mai puțin tensionat.

Indiferent de succesele imediate, se precizează însă că "astfel de rezolvări sunt în mod notoriu de scurtă durată" (**P. H. Knapp**, 1980, p. 1860).

Psihoterapia suportivă, aplicată de obicei de către medicul curant, a fost asociată cu terapia farmacologică. În afara elementului suportiv, psihoterapia prezintă în general un conținut educativ, învățându-l pe pacient să identifice și să evite stimulii nocivi, orientându-l în adaptarea la mediul său socio-familial și la limitările impuse de boală. Se insistă asupra faptului că eficiența acestei psihoterapii este condiționată de conținutul calitativ, nonautoritar și suportiv al relației terapeut-pacient.

Terapia comportamentală a fost larg aplicată și înalt acreditată în abordarea terapeutică a hipertensiunii arteriale. Cu toate acestea, opiniile asupra rezultatelor sale nu sunt pe deplin elaborate, fiind, întrucâtva, controversate. Astfel, se precizează că "tehnicile comportamentale...sunt în mod particular indicate la pacienți cu hipertensiune ușoară" (**Z. J. Lipowski**, 1980, p. 1903) în timp ce alți clinicieni consideră că rezultatele sunt mai bune la persoane cu valori tensionale mai mari, tendința spre normalizare obținându-se după încheierea tratamentului (**T. P. Hackett** et al., 1985, p. 1154). În orice caz actualmente există un consens asupra faptului că tehnicile comportamentale rămân ca modalități terapeutice adjuvante în hipertensiunea arterială, unde, până acum, în pofida asigurării terapeuților comportamentiști, ele nu au făcut dovada că ar putea substitui tratamentul farmacologic.

Biofeedback-ul, este considerat ca tehnica cea mai frecvent utilizată în tratamentul hipertensiunii arteriale. Aplicat ca metodă unică sau în asociere cu relaxarea, biofeedback-ul trebuie utilizat în mod regulat, pe perioade de timp nedefinite. S-a constatat că utilizat în mod concomitent cu medicația antihipertensivă, biofeedback-ul poate contribui la reducerea dozelor. Totuși, intensele speranțe investite în eficacitatea acestei metode terapeutice nu au fost pe deplin confirmate, ultimele studii asupra aplicării sale apreciind ca "relativ bune" rezultatele imediate care însă, la distanță, devin "modeste și inconstante".

Terapia prin sugestie și hipnoză a fost de asemenea aplicată în hipertensiunea arterială esențială. Rezultatele acestei abordări terapeutice nu sunt încă validate dar, în mod empiric sunt considerate ca "bune" sau "satisfăcătoare".

Psihoterapia psihanalitică în hipertensiunea arterială a fost înalt valorizată cu două decenii în urmă când era apreciată ca "singura metodă psihoterapeutică susceptibilă de a da rezultate într-adevăr durabile și chiar definitive" (**P. Delteil, A. Gerbaux**, 1969, p. 4). Axată pe sistemul de apărări ale **ego**-ului și pe structura psihică a hipertensivului, se considera că "psihanaliza vizează să transforme autentic personalitatea pacientului, să amelioreze modul său de relație cu anturajul, să pună capăt stării de tensiune în care

trăiește" (**Ibidem**). Considerăm că aceste aserțiuni sunt mai mult expresia expectațiilor teoretice decât rezultatul constatărilor clinice întrucât, după informația noastră, psihoterapia psihanalitică nu a constituit niciodată o metodă terapeutică propriu-zisă în hipertensiunea arterială.

În forma sa actuală, abreviată și adaptată, denumită și psihoterapie expresivă, psihoterapia psihanalitică permite:

- verbalizarea trăirilor conflictuale ale pacientului;
- exteriorizarea sentimentelor sale agresive;
- stabilirea unei relații comprehensive cu terapeutul care va contribui la înlăturarea anxietății și a dispoziției depresive;
- dedramatizarea și deculpabilizarea pacientului față de agresivitatea pe care și-o reprimă și care-i determină astfel o anxietate reacțională.

Actualmente se consideră că sub forma psihoterapiei expresive psihanaliza "este oarecum argumentată" în tratamentul hipertensiunii arteriale" mai ales la pacienți tineri care prezintă tulburări psihice asociate, ca de exemplu depresii sau stări anxioase prelungite.

Validitatea abordărilor psihoterapeutice în hipertensiunea arterială este recunoscută, dar, ca și în alte domenii clinice, nu este demonstrată prin studii controlate. Indiferent de gradul eficacității uneia sau alteia dintre metodele de psihoterapie, este statuată opinia că acestea pot fi utilizate ca un adjuvant al terapiei farmacologice, antihipertensive și nu ca un substitut al acesteia. Asocierea psihoterapiei la tratamentul farmacologic este justificată și recomandată nu numai de reducerea dozelor medicației și de asigurarea echilibrului psihic al pacientului anxietat și tensionat, ci și de necesitatea înlăturării depresiei secundare cu care, de obicei, el este confruntat.

4.3. Astmul bronșic - psihopatologie și psihoterapie.

Dintre toate bolile considerate psihosomatice, astmul bronșic păstrează cele mai vechi mențiuni asupra corelației dintre factorii psihici și evoluția crizelor. Astfel **Hipocrate** sublinia că astmaticul trebuie să evite stările emoționale, iar clinicienii secolului XVIII au scos în evidență rolul factorilor emoționali în favorizarea apariției bolii ca și în agravarea ei. De asemenea, condiționarea crizelor astmatice prezentată ca o achiziție a concepției reflexologice (pe care într-adevăr o ilustrează) a fost cunoscută cu peste un secol în urmă când **J. N. McKenzie** (1886) a descris "astmul la trandafir" sub forma unei crize astmatice induse unei tinere fete la vederea unui trandafir de hârtie.

Definit ca o boală recurentă, obstructivă, a căilor aeriene bronșice care tind a răspunde la o varietate de stimuli prin bronhoconstricție, edem și secreție" (**H. Weiner**, 1985, p. 1160), astmul bronșic mai "poate fi caracterizat ca o obstrucție generalizată a căilor aeriene, cu etiologie multiplă, foarte variată ca durată și intensitate, care apare la persoane cu o hiperactivitate bronșică la o multitudine de stimuli, se manifestă clinic prin accese paroxistice de dispnee cu wheezing (respirație șuierătoare) și tuse și este

reversibil spontan sau prin tratament" (**R. Păun, I. Gr. Popescu**, 1983, p. 257). Din punct de vedere clinic, astmul bronșic se poate prezenta în forme extrem de variate sub aspectul gravității sau evoluției: ușor, sever, paroxistic, episodic, continuu, sezonier etc.

Sub aspect etiopatogenic se descriu două forme de astm, extrinsec și intrinsec, denumirile indicând natura factorilor etiologici.

Forma extrinsecă a astmului se caracterizează prin:

- mecanisme alergice, necesare dar insuficiente pentru a determina crizele astmatice;
- tendința pacientului de a forma anticorpi la imunoglobulina E (Ig. E) ca răspuns la acțiunea unor antigeni specifici (alergeni);
- antigenul, se combină cu un anticorp Ig. E aflat pe suprafața celulelor mastocite și bazofile localizate în țesutul conjunctiv sau în celulele epiteliale ale arborelui bronșic;
- complexul antigen-anticorp Ig, E eliberează anumite substanțe chimice denumite mediatori (histamina, factori chemotatici eosinofilici și neutrofilici, prostaglandine etc., care determină bronhoconstricție, hipersecreție, edem și infiltrare celulară a mucoasei bronșice.

Forma intrinsecă a astmului apare la vârsta adultă iar influența factorilor familiali și imunologici este mai puțin evidentă. Această formă apare mai ales după infecții virotice și prezintă o slabă responsivitate la corticoterapie.

Actualmente se consideră că mecanismele imunologice evidențiate, deși necesare, sunt insuficiente pentru declanșarea crizelor astmatice, pentru aceasta fiind nevoie de intervenția unor "factori adiționali", ca și o hiperreactivitate (înnăscută sau dobândită) a nusculaturii bronșice. Se consideră că printre acești factori "adiționali", cei psihici joacă un rol esențial.

4.3.1. Rolul stărilor emoționale și conflictuale în declanșarea și întreținerea crizelor de astm bronșic. Numeroase observații clinice, precum și cercetări științifice au demonstrat că furia, frustrarea, frica, dar și rejecția, pierderea sau gelozia pot precede crizele de astm bronșic. Această declanșare psihogenă a crizelor de astm se întâlnește "la 50% din pacienții astmatici, indiferent de vârstă" (**H. Weiner**, 1985, p. 1163). Conform altor studii, factorii psihici sunt implicați în declanșarea atacurilor astmatice în peste 70% din cazuri. Cu toate acestea, în majoritatea situațiilor, factorii psihici interacționează cu cei alergici și infecțioși în declanșarea crizelor astmatice. Se consideră că această intercorelare a factorilor favorizanți este absolut necesară în provocarea crizelor întrucât factorul psihic singur, constituie elementul declanșator numai în procent de 1,2% (**Ibidem**). Este posibil însă, ca prin condiționare stările emoționale să poată declanșa, în mod independent, la un pacient astmatic, producerea crizei.

Cu toate acestea, influența factorilor psihici, exercitată în mod direct sau imediat prin condițiile ambianței, a fost amplu demonstrată mai ales în astmul extrinsec al copiilor. Astfel, copiii astmatici, care făceau crize acasă, în mod surprinzător, nu mai reeditau aceste crize când se aflau în altă casă sau la școală. Pentru a fi exclusă influența virtuală a alergenului de acasă s-a recurs la următorul experiment: copii cu sensibilitate specifică la praful din casă au fost spitalizați, după care s-a strâns praf din casele unde domiciliau

și s-a împrăștiat în camerele lor de spital. Cu toate acestea, în 19 din cele 20 de cazuri copiii spitalizați nu au prezentat crize de astm.

Pe baza acestor intervenții s-a emis ipoteza conform căreia criza de astm poate fi determinată și întreținută de interacțiunea nocivă a copilului cu familia și în special cu mama. Un alt experiment, mai riguros, a confirmat această ipoteză. Astfel, părinții a 35 de copii astmatici, cu crize, au fost plătiți să-și ia o vacanță și să plece de acasă, aducându-se în schimb o asistentă care să administreze în continuare medicația și să le monitorizeze simptomatologia. S-a constatat că în afara unei ușoare anxietății anticipatorii a unor copii, în aproximativ 505 din cazuri s-a înregistrat o ameliorare netă a statusului astmatic. Acesta, ca și numeroase alte studii, ilustrează că "indiferent de natura exactă a mecanismelor de mediere...remisiunea astmului poate fi obținută prin întreruperea acțiunii patogene continue, în special cu figurile parentale" (**P. H. Knapp**, 1975, p. 700).

Așa cum ilustrează și cercetarea menționată, acțiunea benefică a "parentectomiei" se exercită numai acolo unde relațiile copilului astmatic cu ceilalți membri ai familiei sunt tensionate, inducând acestuia o stare afectivă negativă, de teamă și nesiguranță, care favorizează apariția și întreținerea crizelor; dimpotrivă, în familiile cu relații armonioase și securizante, alți factori stau la originea crizelor. Din această perspectivă, în spital au fost descrise două categorii de copii astmatici și anume: remitenți rapid și dependenți de steroizi.

Copiii din prima categorie prezentau tulburări nevrotice și aveau relații tensionate cu familia iar cei din a doua categorie, deși lipsiți de probleme nevrotice, aveau o slabă responsivitate terapeutică, ceea ce a dus la concluzia că este vorba de **astm predominant psihosocial** și **astm predominant biologic,** respectiv boală astmatică "sociogenă" și "primar biogenă".

Investigațiile psihologice orientate asupra trăsăturilor de personalitate ale pacientului astmatic, nu au dus la conturarea unui profil specific. Astfel, s-a constatat că cei mai mulți pacienți se caracterizează printr-o slabă adaptare și prin dificultăți de relaționare datorită introversiei, egocentrismului, timidității și sensibilității excesive. Alții prezintă în prim plan suspiciune și ostilitate, slabe posibilități de coping și culpabilitate. Copiii prezintă un comportament ilustrat printr-un slab control al impulsurilor, labilitate afectivă, imaturitate incongruentă vârstei, iritabilitate, explozivitate. Aceste aspecte comportamentale sunt caracteristice băieților, în timp ce fetele astmatice trăiesc lungi perioade distinnice.

Din perspectivă psihanalitică se consideră că astmaticii prezintă o personalitate pasiv-dependentă, ilustrată prin nevoia de a menține un anumit grad de gratificare și suport din partea unor persoane semnificative din mediu. Alte studii au relevat însă pulsiuni agresive, în general mascate, care sunt urmate de intensificarea astmului, pentru ca apoi să apară stări depresive și sentimente de culpabilitate. Aceste aspecte de personalitate au fost corelate cu atitudinea parentală întrucât mama astmaticului a fost descrisă ca "rejectantă" sau "devoratoare", iar tatăl ca șters, auxiliar, nonautoritar, incapabil

să corecteze dezechilibrul dintre mamă și copil.

Menționăm însă că studiile asupra trăsăturilor de personalitate au fost efectuate după debutul bolii, deci au un caracter retrospectiv, ceea ce nu permite extragerea vreunui indiciu prospectiv. Cu alte cuvinte, nu se poate presupune că o astfel de structură psihică constituit un element favorizant al bolii, ci, boala prin fenomenologia ei clinică a modelat această structură psihică.

În boala astmatică există însă anumite elemente psihice (situate la jumătatea drumului între sensibilități specifice și trăsături caracterologice) legate de miros, apă, somn și voce, în sensul că pacienții și în special copiii prezintă:

- **o sensibilitate crescută la mirosuri**, care precede debutul crizelor și al manifestărilor astmatice; în aceste situații este vorba mai ales de semnificația mirosului decât de excitația mucoasei olfactive de către stimulii odorifici;

- **teama față de apă și înec**, indusă probabil de hipersecreția mucoaselor bronșice care generează anxietatea față de eventualitatea înecului în propriile-i fluide secretate în timpul crizei astmatice;

- **o acreditare negativ-anxiogenă a somnului**, în timpul căruia se produc aproximativ 40% din crize care-l trezesc pe pacient; subliniem că în pofida amplei fenomenologii vegetative ce acompaniază activitatea onirică a fazei REM, crizele de astm nu apar în aceste perioade, ci, în fazele de somn lent;

- **vocea intensă**, ca și țipătul, suspinul și plânsul, precum și vocalizările corelate acestor stări reprimate întrucât par legate de simptomele astmatice; acest fapt a primit însă și interpretări psihanalitice conform cărora elementele amintite ar fi expresia unor pulsiuni agresive primitive.

4.3.2. Posibilitățile abordării psihoterapeutice în ameliorarea bolii astmatice. Crizele astmatice nu pot fi tratate prin metode psihoterapeutice dar psihoterapia poate fi utilă în:

- reducerea anxietății care însoțește crizele;
- identificarea cauzelor psihice care condiționează și preced crizele astmatice.

Psihoterapia de tip suportiv are ca prim obiectiv reducerea anxietății anticipatorii și corelative crizei. Pe de altă parte, terapeutul va avea în vedere ameliorarea relațiilor interpersonale ale pacientului, cunoscută fiind importanța acestora în declanșarea și reiterarea crizelor. Alt obiectiv al psihoterapiei constă în detectarea, relevarea și reevaluarea conflictelor, atât de frecvent implicate în declanșarea crizelor. Astfel, terapeutul are surpriza să constate că aceste conflicte sunt adeseori mascate de anumite conduite sau travestite în anumite simptome.

Tehnicile de relaxare au fost folosite mai ales în astmul bronșic al copiilor, obținându-se succes mai ales în stadiile inițiale ale bolii. La adulți, s-au obținut de asemenea rezultate satisfăcătoare mai ales în cazurile ușoare de boală.

Terapia comportamentală pornește de la premisa conform căreia criza astmatică este, inițial, un răspuns necondiționat la alergeni pentru ca ulterior, prin procesele condiționării clasice, să devină un răspuns condiționat la stimuli neutri. Pe de altă parte,

se consideră că "răspunsurile astmatice" ilustrate prin crizele de astm sunt, în general, învățate în mod progresiv și în consecință, ar fi vorba mai ales de un răspuns de evitare decât de o componentă înnăscută a unui răspuns emoțional.

Sub aspect comportamental, se consideră că atunci când copilul țipă sau emite alte "apeluri respiratorii" el atrage atenția mamei care-l îngrijește și-l liniștește. În acest mod, respirația astmatică devine un "răspuns operant" elaborat în vederea obținerii atenției, îngrijirii, gratificării. Atunci când crizele astmatice apar ca răspunsuri condiționate la anxietate, la un alergen sau la o evitare, terapeutul poate recurge la tehnici de decondiționare în vederea desensibilizării pacientului la stimulul condiționat care i-a provocat atacurile. La rândul lor, părinții vor adopta o atitudine gratificantă pentru comportamentul nonastmatic al copilului și o atitudine de abținere pentru comportamentul astmatic. În studii comparative asupra psihoterapiei sugestive, terapiei de relaxare și tehnicilor comportamentale, s-a constatat că ultimele, reprezentate prin tehnica inhibiției reciproce, s-au dovedit superioare celorlalte atât sub aspectul ameliorării stării subiective cât și al capacității respiratorii.

Psihoterapia sugestivă și hipnoza au fost relativ frecvent utilizate în tratamentul astmului, rezultatele fiind discutabile. Astfel, cei mai mulți terapeuți comunică o ameliorare a stării psihice generale dar fără o îmbunătățire obiectivă a funcției respiratorii. Aplicată în ședințe săptămânale, pe o perioadă de un an, psihoterapia prin hipnoză și-a dovedit eficacitatea, imediată și "la distanță", atât în privința ameliorării crizelor cât și sub aspectul reducerii ratei recăderilor, comparativ cu un lot martor și un alt lot tratat prin tehnici de relaxare. Unii clinicieni, pe loturi reprezentative de pacienți au obținut "o ameliorare netă sau vindecare completă" în aproximativ 80% din cazuri.

Psihoterapia psihanalitică a fost considerată în deceniile trecute o abordare întrucâtva specifică a astmului bronșic. S-a constatat o ameliorare a crizelor în prima parte a tratamentului, probabil sub influența fenomenului de transfer; ulterior însă crizele au revenit.

Tratamentul psihofarmacologic a fost de asemenea încercat în boala astmatică, speranțele inițiale bazate în special pe acțiunea lor farmacocinetică reducându-se treptat. **Tranchilizantele** și în special **benzodiazepinele** (clordiazepoxid, diazepam) pot fi administrate, în doze moderate, pentru acțiunea lor liniștitoare și totodată miorelaxantă. Alte tranchilizante, ca de exemplu hidroxizinul (ataraxul) pot fi recomandate pentru dubla lor acțiune: anxiolitică și antihistaminică. **Neurolepticele sedative** (levomepromazina și tioridazina), recomandate de unii clinicieni, prezintă pericolul deprimării centrilor respiratori din bulb. **Timoanalepticele** (antidepresivele) de tipul imipraminei (antideprin) sau amitriptilinei (laroxyl) au fost administrate în vederea corectării tulburărilor de dispoziție, atât de frecvet întâlnite la astmatici dar rezultatele nu par concludente. Conform rezultatelor unor cercetări, substanțele antidepresive ar prezenta și efecte bronhodilatatoare, fapt de natură să determine o reorientare a opiniilor asupra oportunității administrării lor. Este posibil ca noile **antidepresive tetraciclice** (mianserina, maprotilina, viloxazina, trazodona etc.) prin buna lor toleranță comparativ

cu antidepresivele devenite clasice (triciclice) să confirme speranțele inițiale, învestite asupra utilizării substanțelor psihofarmacologice în ansamblul terapeutic al astmului bronșic.

4.4. Ulcerul duodenal; abordare psihoterapeutică din perspectivă psihosomatică.

Observații empirice (prin fistule "naturale") și experimentale, efectuate din prima jumătate a secolului, au ilustrat corelația dintre stările emoționale și funcțiile gastro-intestinale, ceea ce a determinat aserțiunea conformă căreia "nici o altă funcție corporală nu reflectă mai bine numeroasele și complexele interrelații dintre psyche și soma ca sistemul gastro-intestinal" (**D. Oken**, 1985, p. 1121).

Dintre afecțiunile gastro-intestinale ulcerul peptic este cel mai elocvent corelat cu stările emoționale care îi influențează apariția și-i modulează evoluția. Considerat ca "prototip al bolilor psihosomatice, ulcerul peptic este definit ca o eroziune delimitată a mucoasei tractului gastro-intestinal care se întinde în mucoasa-musculară subiacentă ce apare în zonele care conțin celule secretoare" (**Ibidem**, p. 1123).

Până în ultimii ani se considera că ulcerul gastro-duodenal constituie o singură boală al cărei proces anatomo-patologic poate fi localizat în stomac sau în duoden. Actualmente sunt consemnate numeroase argumente care atestă că este vorba de două boli diferite cu caracteristici genetice, fiziopatologice, epidemiologice și clinice diferite. Astfel, ulcerul gastric prezintă drept caracteristici:

- prevalența egală la femei și bărbați;
- rate mai scăzute sau normale de secreție a acidului clorhidric;
- incidența relativ crescută a carcinomului gastric;
- asocierea cu grupa sanguină A.

La rândul său, ulcerul duodenal se distinge prin:

- prevalența mai mare la bărbați;
- hipersecreție de acid clorhidric și pepsină;
- asociere cu grupa sanguină 0 și cu secreția de antigeni salivari A, B, H;
- implicarea factorilor psihici în etiopatogenie și evoluție.

Hiperclorhidria este considerată actualmente o condiție necesară dar nu suficientă pentru declanșarea ulcerului. Nu este mai puțin adevărat că ulcerul peptic apare numai în condițiile unui număr mai mare de celule secretorii și respectiv a unei hipersecreții de pepsină și acid clorhidric. Cu toate acestea, "deși ulcerul duodenal nu se dezvoltă în absența acidului clorhidric și a pepsinei, hipersecreția singură nu este suficientă pentru formarea ulcerului" (**G. L. Engel**, 1975, p. 668); în plus, se consideră că "nu există nici o bază pentru atribuirea formării ulcerului hipersecreției de acid clorhidric" (**D. Oken**, 1985, p. 1123) cu atât mai mult cu cât există numeroase persoane care prezintă hiperclorhidrie fără să fie ulceroase. Considerăm că aceste precizări sunt necesare nu pentru a minimaliza rolul hipersecreției și hiperaciditătii în grupa ulcerului gastric și

mai ales a celui duodenal, ci pentru a sublinia că acest factor etiologic este unul printre alții, probabil la fel de importanți, ca cei genetici și psihici, înscriși în etiopatogenia plurifactorială a bolii.

Factorii genetici au un rol tot mai puternic acreditat în etiopatogenia ulcerului întrucât există o concordanță semnificativ mai mare a bolii la gemenii monozigoți ca și o creștere a incidenței ulcerului printre rudele bolnavului. De asemenea, așa cum a constatat O. Fodor et al. (1962) chiar și rudele fără ulcer ale pacientului ulceros prezintă o creștere semnificativă a răspunsului prin acid clorhidric la stimularea cu histamină, în comparație cu martorii. Pe de altă parte, nivelul crescut al pepsinogenului prezentat de unele persoane a fost identificat recent ca trăsătură ereditară recesiv-autosomală. Întrucât nivelul diferit al pepsinogenului este întâlnit și la sugari, s-a postulat că dintre aceștia, cei hipersecretori prezintă exigențe mai mari față de mamă sub aspectul hrănirii și al gratificării nevoilor de dependență. Pe această bază corelativă (de hipersecreție și dependență) se creează vulnerabilitatea care, în condiții de frustrare, poate determina, în viața adultă, ulcerul.

4.4.1. Validitatea actuală a stărilor conflictuale, a situațiilor psihostresante și frustrante în etiopatogenia bolii ulceroase. De la observația princeps efectuată de S. Wolf și H. G. Wolff (1943) numeroase studii psihofiziologice au subliniat influența stărilor afective negative asupra funcțiilor digestive. Astfel, s-a constatat că stările de teamă și furie determină hiperemie, hipermotilitate și hipersecreție, în timp ce stările depresive reduc, sub cotele obișnuite, activitatea acestor funcții.

Specificitatea conflictului psihic a constituit elementul central în jurul căreia au fost implicați alți factori cu rol etiologic. Astfel, pornind de la date de ordin psihodinamic, F. Alexander pe baza observațiilor clinice și a studiilor psihologice emite aserțiunea conform căreia pacientul ulceros prezintă un conflict inconștient caracteristic legat de pulsiuni oral-receptive de dependență, de a fi îngrijit și iubit. Aceste pulsiuni sunt însă supracompensate, prin dezvoltarea anumitor trăsături de personalitate (ilustrate în special prin rigoare, ambiție, competitivitate). Totuși, dependența inconștientă persistentă și negratificată a pacientului este agravată de frustrarea determinată de însăși postura sa dependentă. Această stare psihică se manifestă în sfera fiziologică printr-o hiperactivitate parasimpatică, a cărei transcriere clinică este hipersecreția și hiperaciditatea gastrică. Explicația lui F. Alexander este însă mai nuanțată decât a fost în mod tradițional prezentată. Astfel, el consideră că dependența negratificată antrenează sentimentele de culpabilitate, rușine și anxietate, care, la rândul lor, determină răspunsuri oral-agresive intensificate.

În mod sintetic putem considera că prin exigențele crescute ale sugarului hipersecretor, disponibilitățile mamei sunt intens solicitate, ea nefiind capabilă întotdeauna să satisfacă în mod adecvat nevoile orale (aviditatea de stimuli) ale sugarului. Se dezvoltă astfel un ciclu de solicitări și frustrări susceptibil de a determina:

- diferite grade de fixație orală în structura caracterială a pacientului;
- o structură de personalitate dependentă;

- trăirea oricărei pierderi cu un puternic sentiment de frustrare și furie;
- la rândul lor, frustrarea și furia determină hipersecreția și hiperclorhidria.

4.4.2. Trăsăturile de personalitate ale pacientului ulceros în context psihoterapeutic. Inițial larg acceptate, aceste trăsături de personalitate au fost întrucâtva invalidate pentru că:

- nu prezintă o constantă specificitate;
- se întâlnesc mai ales la hipersecretori decât la ulcerоși;
- unii ulcerоși prezintă alte trăsături decât cele care alcătuiesc patternul personalității acestor pacienți, după cum, acest pattern poate fi regăsit și la persoane care nu prezintă nici hipersecreție, nici ulcer.

Cu toate aceste rezerve, studiile efectuate atestă faptul că aproximativ 85% dintre persoanele cu hipersecreție gastrică au trăsături de personalitate asemănătoare, grupate în jurul unor pulsiuni puternice de a se sprijini pe alții, de a fi îngrijit, iubit, considerat, prețuit. Prin tendința de compensare a acestor pulsiuni pot fi obținute trei categorii de pacienți hipersecretori și anume: aparent-independent, pasiv-dependent și impulsiv-agresiv.

Tipul aparent-independent prezintă o denegare a nevoii de dependență, manifestându-se sub o aparență polar opusă, ilustrată prin: ambiție, competitivitate, hiperindependență, hiperactivitate, siguranță, agresivitate. Sub aspectul conduitei cotidiene, aceste persoane ignoră odihna și relaxarea, își exprimă disprețul pentru cei slabi și dependenți, exercitând un comportament dominator și de control, obligându-i pe ceilalți la supunere și execuție, obținând astfel în mod inconștient gratificarea nevoii lor autentice de a fi dependente.

Tipul pasiv-dependent își exprimă în mod manifest și în mare măsură conștientizat trebuința sa de a fi dependent, astfel încât pacientul apare ca pasiv, aderent, îndatoritor, prevenitor, săritor, compliant, uneori cu identificări feminine.

Tipul impulsiv-agresiv se comportă în mod imatur, zgomotos, ostentativ, instabil, concesiv.

Femeile cu ulcer peptic nu prezintă trăsături de personalitate la fel de bine conturate, deși au unele aspecte comune.

Condițiile psihice favorizante apariției bolii ulceroase nu pot fi ignorate, cel puțin din perspectiva abordării psihoterapeutice. Cu toate că sunt denumite favorizante, aceste condiții sunt necesare întrucât, deși hipersecreția și status-ul psihologic determină vulnerabilitatea pentru ulcer, apariția sa în plan clinic precum și momentul acestei apariții sunt în funcție de factori psihosociali "actuali", de conținutul, severitatea și semnificația lor. Astfel, din perspectiva declanșării ulcerului, se consideră că numitorul comun al **situațiilor stresante** îl constituie frustrarea trebuinței de dependență a pacientului. Evantaiul evenimentelor psihostresante și frustrante este deosebit de amplu dar toate aceste situații semnifică teama de pierdere a afecțiunii și securității.

În dinamica lor, reacțiile la situațiile stresant-precipitante prezintă următoarele secvențe:

- intensificarea mijloacelor psihologice caracteristice, în vederea asigurării gratificării nevoilor de dependență, când aceste mijloace sunt depășite, are loc:

- apariția stării de furie și teamă pe care pacientul încearcă să le suprime sau să le nege prin supracompensare, pentru a nu risca pierderea surselor de gratificare;

- întoarcerea pulsiunilor agresive spre sine (internalizarea lor) cu apariția unor sentimente corespunzătoare de rușine și culpabilitate;

- când toate aceste apărări sunt depășite, pacientul decade într-o stare de "neajutorare-disperare" (**helplessness-hopelessness**).

Cu toate că a fost numai în ultimele două decenii analizat, **stresul nespecific** a fost cu mult timp înainte implicat în declanșarea ulcerului peptic; observația a fost făcută în cursul celui de-al doilea război mondial când s-a constatat creșterea incidenței sale în rândul soldaților și persoanelor din apropierea frontului, în timpul atacurilor aeriene asupra Londrei ca și la supraviețuitorii lagărelor de concentrare etc.

În aria situațiilor stresante se înscrie și efortul de acomodare impus de necesitatea adaptării la condiții schimbătoare sau la cele reclamate de migrare. În afara situațiilor comune, determinate de urbanizarea rapidă și emigrare, un exemplu elocvent în acest sens este oferit de "Javanezii și Indienii care nu fac ulcer în mediul lor obișnuit, dar îl produc la fel ca albii în momentul în care sunt încorporați în civilizația occidentală" (**M. Sapir**, 1968, p. 4).

Într-o apreciere de ansamblu se poate constata că în etiopatogenia plurifactorială a ulcerului gastro-duodenal se înscriu factori de predispoziție genetică (ilustrați prin niveluri crescute ale pepsinogenului seric la anumiți sugari, care dezvoltând o puternică oralitate (aviditate de stimuli) ce nu poate fi satisfăcută de disponibilitățile afective ale mamei, creează baza unui conflict cronic în sfera orală, care este ilustrat prin nevoia continuă de gratificare. Dacă în viața adultă în anumite situații psihostresante sau de privare se împiedică această gratificare, cel în cauză trăiește o intensă frustrare ce are drept consecință hipersecreția acidă și de pepsinogen și apariția clinică a bolii.

Pe baza evaluărilor psihologice (referitoare la trăsăturile de personalitate și la conflictele psihice) s-au avansat supoziții prognostice asupra posibilităților de apariție a ulcerului. Astfel, există cel puțin două studii efectuate pe populații omogene (militari în termen) în care, pornindu-se de la datele psihologice, s-au făcut predicții asupra gradului secreției de pepsinogen și asupra apariției ulcerului. Într-un astfel de studiu predictiv, prin evaluarea datelor psihologice în condițiile experimentului blind, au fost identificați corect 71% dintre hipersecretori și 51% dintre hiposecretori. În continuare, pornindu-se tot de la datele psihologice s-a făcut o nouă predicție asupra persoanelor cu cea mai mare probabilitate de a face ulcer. S-a constatat că dintr-un grup de zece subiecți astfel selecționați, șapte au dezvoltat un ulcer demonstrabil, fapt care confirmă gradul de validitate a structurii psihice specifice implicate în favorizarea apariției ulcerului gastro-duodenal.

4.4.3. Posibilitățile psihoetrapiei în boala ulceroasă. În ansamblu, psihoterapia pacienților ulceroși nu se deosebește de aceea a altor boli psihosomatice. Totuși, pornind

de la faptul că elementul psihic esențial din structura personalității ulcerosului este nevoia de dependență, cunoașterea mijloacelor psihologice și sociale utilizate în mod specific de pacienți în vederea gratificării acestei trebuințe este utilă demersului psihoterapeutic. Mai mult, pe baza acestei cunoașteri a personalității persoanei cu hipersecreție, terapeutul poate anticipa care anume din ansamblul situațiilor stresante pot constitui pentru ulceros elemente declanșante. În plus, psihoterapia poate fi adaptată caracteristicilor de bază ale structurii personalității pacientului sau virtualului ulceros, ceea ce impune cunoașterea și înțelegerea fiecărei categorii psihice de pacienți ulceroși.

Psihoterapia pacientului ulceros aparent-independent implică un grad înalt de dificultate din cauza slabei complianțe a acestuia și a incapacității sale de a rămâne în inactivitate. După obținerea acceptării psihoterapiei, terapeutul trebuie să cunoască:

- faptul că un astfel de pacient nu mai este capabil, prin propriile eforturi, să obțină de la ceilalți gratificarea nevoilor sale de dependență, ilustrate prin dorința de îngrijire, prețuire și iubire;

- pacientul nu mai poate "controla" circumstanțele și trăiește o stare de intensă frustrare;

- în ce măsură și în ce circumstanțe un astfel de pacient va putea suporta caracterul "intruziv" al psihoterapiei;

- ce metodă de psihoterapie este oportună acestui tip de personalitate aflat în permanentă disimulare a nevoilor și trebuințelor sale;

- cine anume din familie sau prieteni este acceptat de către pacient și totodată capabil să ofere sprijin pacientului, devenind astfel un consilier al terapeutului;

- incapacitatea pacientului de a rămâne în inactivitate, ceea ce va impune ca ansamblul procesului recuperator să se desfășoare în condițiile unei activități adecvate.

Psihoterapia pacientului ulceros pasiv-dependent are în vedere faptul că:

- prin pierderea persoanei sau grupului care-i satisfăcea nevoia de dependență, în mod clar și repetat invocată, pacientul se află într-o situație de neajutorare-disperare;

- pacientul are nevoie de o perioadă mai lungă de psihoterapie;

- pacientul răspunde la boală, la eventualele complicații și mai ales la durere, printr-o stare de "invaliditate psihologică" prelungită, ce persistă după vindecarea anatomo-fiziologică.

Psihoterapia pacientului ulceros impulsiv-agresiv va ține seama de:

- prăbușirea resurselor voliționale, pierderea "conduitei amânării" și uneori a necesității deliberării;

- imaturitatea afectivă a pacientului și caracterul brutal, imperios al pulsiunilor, fapt tradus în plan comportamental prin expresia "eu vreau ceea ce vreau, când vreau eu";

- instabilitatea și labilitatea psihică a pacientului, ca și caracterul imperativ al dorințelor sale, ridică mari probleme în privința acceptării dar și a suportării psihoterapiei de către astfel de pacienți, care, de fapt, sunt mult mai puțini comparativ cu cei care compun grupurile anterioare.

Printre metodele de psihoterapie cel mai frecvent utilizate în boala ulceroasă sunt menționate: hipnoterapia și sugestia, tehnicile de relaxare, psihoterapia psihanalitică și terapia prin biofeedback.

Hipnoterapia și sugestia în boala ulceroasă au fost mai larg aplicate în Uniunea Sovietică, Japonia și Franța cu rezultate variabile. Majoritatea studiilor raportează existența unei vasodilatații a mucoasei gastrice ca și normalizare a secreției în starea hipnotică, ceea ce indică eficiența terapeutică a metodei, cel puțin în timpul crizelor.

Tehnicile de relaxare au fost de asemenea aplicate în boala ulceroasă, uneori în combinație cu abordarea psihanalitică (sub forma sa expresivă), rezultatele fiind satisfăcătoare.

Psihoterapia psihanalitică a fost acreditată în anii '60 în Franța, ca abordare "etiologică" a bolii ulceroase. Nu era vorba însă de o psihoterapie psihanalitică în accepție clasică ci mai mult de o relație psihoterapeutică ce folosea procedee de natură psihodinamică. În astfel de situații se recomandă necesitatea abordării cu prudență a conflictelor de dependență.

Terapia prin biofeedback, aplicată în boala ulceroasă, influențează favorabil aciditatea gastrică dar nu a fost aplicată pe loturi de pacienți reprezentative, apariate și cu evaluări comparative.

Eficiența psihoterapiei în boala ulceroasă este diferită în funcție de structura personalității pacientului, de momentul evolutiv al bolii și metoda de psihoterapie utilizată. În ansamblu, psihoterapia poate influența și reduce în mod secvențial hipersecreția dar nu o poate elimina. Totuși, "psihoterapia poate ameliora semnificativ capacitatea insului de a-și organiza viața, de a face față conflictelor inconștiente și de a-și gratifica nevoile în modalități personal și social-acceptabile". (**G. L. Engel**, 1975, p. 675).

4.5. Colita ulceroasă sub unghi psihosomatic și psihoterapeutic.

Considerată ca boală psihosomatică redutabilă, colita ulceroasă este caracterizată printr-o inflamație și ulcerație cronică, severă a mucoasei și submucoasei colonului sigmoid, cu frecvente extinderi distale și proximale, asupra rectului și respectiv a ileusului. Debutul său poate fi brusc, chiar fulminant, consecutiv unor situații psihostresante sau lent, insidios, pe fondul unei structuri particulare de personalitate. Manifestarea sa clinică predominantă este diareea muco-sanguinolentă, deseori însoțită de durere, deshidratare și chiar febră. Este posibil ca sub denumirea de colită ulceroasă să fie cuprinse cel puțin două afecțiuni înrudite, dar în același timp diferite, sub aspectul datelor genetice, epidemiologice și clinice. Evoluția colitei ulceroase poate fi cronică (evoluând cu debilitare și invalidare progresivă) sau episodică, ilustrată prin exacerbări și remisiuni periodice, spontane sau terapeutice. Cu o distribuție egală pe sexe, boala poate apare la orice vârstă, de la copilărie la senescență, având în decada a 3-a și a 6-a, perioadele de maximă incidență.

Din etiologia plurifactorială a bolii (infecțioasă, genetică, psihosomatică etc.) în

ultimii ani au fost aduse tot mai multe și mai valide argumente pentru **supoziția autoimună**. Într-adevăr, din 1959 de când la unii pacienți cu colită au fost descoperiți anticorpi împotriva antigenului colonului, mecanismele imunitare au fost implicate în etiologia bolii. În favoarea acestei ipoteze pledează:

- rata crescută a anticorpilor anticolon la rudele sănătoase, în special de sex feminin, a pacienților colitici;
- eficiența substanțelor cortizonice și a medicamentelor cu acțiune imunosupresoare în tratamentul bolii și mai ales al crizelor acute.

Cu toate acestea, anticorpii împotriva antigenului colonului "nu sunt demonstrabili la toți pacienții"...iar..."posibilitatea de a exista o autoimunitate celulară față de celulele colonului rămâne nedemonstrată" (**D. Oken**, 1985, p. 1127). Pe de altă parte însă, studii relativ recente au demonstrat că situațiile psihostresante, frustrările, dezamăgirile, pierderile, doliul etc., "determină o semnificativă suprimare a mecanismelor imunitare" (**Ibidem**).

Factorii genetici au fost de asemenea implicați în etiologia bolii, constatându-se o incidență mai înaltă a acesteia la rudele pacientului, ca și asocierea colitei ulceroase cu alte boli în care au fost aduse argumente pentru transmiterea genetică. Totuși, deși boala are o tendință evidentă de a se transmite în familii...pattern-ul familial nu este suficient de clar, pentru a defini vreun mecanism genetic particular" (**Ibidem**).

4.5.1. Cunoașterea trăsăturilor de personalitate ale pacientului cu colită, condiție a succesului psihoterapeutic. Structura specifică a personalității pacientului cu colită ulceroasă a atras atenția clinicienilor încă din anul 1930, trăsăturile de personalitate fiind considerate ca profund implicate în etiopatogenia bolii. Într-adevăr, dintre toate bolile psihosomatice, în colita ulceroasă a fost descrisă cea mai elocventă, mai bine conturată, mai net delimitată și mai înalt validată structură de personalitate; cunoașterea ei constituie premisa oricărei psihoterapii în colita ulceroasă. Sub acest unghi, al structurii personalității, "există o constanță nu numai în ceea ce privește natura circumstanțelor susceptibile de a fi stresante sau suportive...dar și sub aspectul caracteristicilor psihologice ale pacienților cu colită ulceroasă ca grup" (**G. L. Engel**, 1975, p. 675). Trebuie subliniat faptul că spre deosebire de alte boli psihosomatice în care nu se știe dacă structura de personalitate a constituit o condiție sau o consecință a bolii, în colita ulceroasă caracteristicile de personalitate preced dezvoltarea bolii active și se pot exacerba în prezența simptomelor" (**Ibidem**). Elementul esențial al acestei structuri de personalitate îl constituie trăsăturile compulsive și vulnerabilitatea narcisică subiacentă.

În plan comportamental, trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic sunt ilustrate prin: tendința de ordine, punctualitate, conștiinciozitate, curățenie, alături de indecizie, obstinație, conformism. Pe lângă aceste elemente de personalitate considerate ca esențiale, se adaugă în mod frecvent:

- meticulozitate și scrupulozitate în comunicarea verbală;
- atitudini rigide față de moralitate;

- tendința spre standarde de comportament elevate;
- griji, obsesii, timiditate;
- atitudine intelectualizată și lipsă de umor;
- predispoziție de a căuta performanțe în sfera intelectuală (literară, artistică, științifică);
- control sever al manifestărilor afective;
- puternică sensibilitate narcisică ilustrată prin susceptibilitate în perceperea atitudinilor rejectante sau ostile, la care răspund prin:
- sentimentul pierderii autostimei, retragere și evitare rece și orgolioasă;
- introversie, sociofobie, tendința de a rămâne singuratici, mândri;
- sub fațada de ambiție, energie și eficiență se află sentimente de inferioritate, incertitudine și insecuritate.

4.5.2. Patternul familial și relațional al pacientului colitic. Se pare că există un consens în a sublinia că "natura relațiilor cu mama este de importanță decisivă pentru înțelegerea psihologici pacienților cu colită ulceroasă, existând, de asemenea "o constanță impresionantă în descrierea mamelor pacienților colitici" (**G. I. Engel**, 1975, p. 677). Astfel, mamele sunt percepute și descrise de către pacienți ca puternice și copleșitoare, care imprimă copiilor un sentiment de dependență și neajutorare. Ele apar de asemenea ca reci, rigide, moralizatoare, intolerante, punitive, fără tandrețe sau disponibilități afective.

Pe de altă parte, studiile psihologice efectuate în special prin tehnici proiective și chestionare structurate descriu mamele pacienților colitici ca nefericite, posomorâte, preocupate, perfecționiste, incapabile de destindere și de a trăi satisfacția sau bucuria.

Simbioza dintre mamă și copilul virtual pacient, face din acesta un supus, care ascultă în mod pasiv și obedient hotărârile pe care mama le ia în privința lui, în mod independent. Treptat dragostea mamei devine condiționată de satisfacerea solicitărilor ei. Mai mult, se creează o simbioză mutuală, în virtutea căreia pacientul va acționa în mod inconștient, conform dorințelor mamei care caută să-și mențină controlul asupra copilului și după ce acesta a devenit adult.

În contrast cu mamele, tații sunt descriși de pacienți ca buni, blânzi, pasivi și ineficienți, incapabili de a proteja suficient copilul față de spiritul agresiv și dominator al mamei.

În ansamblu, familia pacientului colitic prezintă un registru limitat de interacțiuni, este circumspectă în relațiile cu ceilalți și abordează situații de o mare diversitate într-o manieră similară.

Teoria psihodinamică oferă fenomenelor clinice și colitei ulceroase în ansamblu, o interpretare simbolică. Astfel, se susține că traumele infantile precoce fiind asociate în mod repetat cu reacții somatice intestinale, determină folosirea intestinului ca "mecanism de ejecție agresivă". Colita ulceroasă ar reprezenta astfel un mod de "expulzie simbolică" sau o reacție de eliberare a unui "obiect" ambivalent, încorporat, care a fost sursa dezamăgirii, rejecției sau pierderii. Intestinul ajunge să exprime astfel, în mod simbolic,

istoria condensată a relațiilor pacientului cu mama sau cu primele persoane-cheie (persoane semnificative) ale existenței sale.

O variantă a supoziției psihodinamice este aceea a "constelației dinamice specifice" conform căreia elementul patogenic esențial constă în pulsiunea de a avea o performanță (de a da și de a face o restituire) precipitată de incapacitatea (sau refuzul) de a îndeplini o obligație, care derivă dintr-o relație de dependență a pacientului cu o persoană semnificativă. În mod esențial, secvențele acestei ipoteze decurg astfel:

- virtualul pacient prezintă o dependență frustrantă față de mamă, ceea ce
- generează dezvoltarea unor sentimente agresive, care, la rândul lor,
- conștientizate, favorizează dezvoltarea stării de culpabilitate și de anxietate, față de care,
- pacientul manifestă o tendință de supracompensare, ilustrată prin:
- pulsiunea de a face restituiri sau de a obține performanțe;
- epuizarea acestor eforturi și pierderea speranței de succes determină suprastimularea parasimpatică a intestinului, cu apariția consecutivă a colitei ulceroase.

Cu toate că această supoziție pare teoretic argumentată, ea nu poate fi în mod concret validată; deși larg adoptată în studii relativ recente, considerăm că ea poate fi minimalizată prin cel puțin două argumente:

- pune un accent exagerat pe diaree (ca element simbolic al eliminării răului încorporat și a sursei dezamăgirii), ignorându-se faptul că aceasta este un simptom al bolii și nu un mecanism patogenic al ei;
- în opinia noastră manifestarea primă și esențială a bolii este sângerarea și nu diareea (boala fiind denumită încă "rectocolită hemoragică"), iar dacă actualmente sângerarea este mai rară, faptul se datorește substanțelor cortizonice și nu psihoterapiei psihanalitice:
- ipoteza psihodinamică mai poate fi contestată de asemenea, prin natura masiv inflamatorie a procesului patologic.

Cu toate acestea nu trebuie să omitem faptul că în experimente predictive blind asupra diagnosticului principalelor șapte boli psihosomatice (pe baza descrierii personalității pacienților), dintre cei 10 bolnavi cu colită ulceroasă au fost identificați mai mult de jumătate de către medicii cu orientare psihanalitică, ceea ce conferă un plus de validitate acestei supoziții patogenice.

4.5.3. Evenimentele vitale ca factori favorizanți ai declanșării colitei. Deficiențele imunitare, factorii genetici și trăsăturile de personalitate creează fondul de vulnerabilitate al pacientului, în timp ce evenimentele psihostresante și frustrante se înscriu în aria condițiilor favorizante. Mai ales în cazurile cu debut acut al colitei "se constată că interviul de timp dintre o circumstanță psihostresantă și apariția primelor semne de colită poate fi de câteva ore sau zile" (**G. L. Engel**, 1975, p. 678).

Printre evenimentele psihostresante susceptibile de a determina apariția colitei ulceroase pot fi menționate cele grupate în jurul pierderii și al traumei narcisice, ca:

- dezaprobarea intensă sau amenințarea copleșitoare din partea unei figuri parentale

sau persoane-cheie;

- întreruperea (reală ori fantasmată) sau numai teama întreruperii relației cu o persoană-cheie;

- situații care impun performanțe din partea pacientului, pentru realizarea cărora el se simte incapabil să le realizeze. În fața unor astfel de situații, ostilitatea și furia pacientului sunt în mod constant reprimate iar când aceste posibilități sunt depășite, apare starea de neajutorare-disperare (**helplessness-hopelessness**) odată cu manifestările clinice ale bolii.

Corelația colită-psihoză este mai înaltă decât în orice altă boală psihosomatică. Astfel, "psihoza poate precede debutul colitei, dar cel mai frecvent ea se dezvoltă în timpul atacului inițial sau în faza activă a bolii" (**D. Oken**, 1985, p. 1129). Considerăm că această corelație, semnalată în general de către internişti, are în vedere atât manifestările psihotice propriu-zise (în fond rare), cât și un anumit grad de exacerbare a trăsăturilor de personalitate care preced atât apariția bolii, cât și declanșarea puseului de colită. Oricum, astfel de pacienți prezintă o evoluție mai severă a colitei, o responsivitate terapeutică (farmacologică și psihologică) mai redusă și desigur, un prognostic mai slab.

4.5.4. Oportunitatea și posibilitățile psihoterapiei pacienților colitici în condițiile medicației imunosupresoare. Introducerea terapiei cu substanțe cortizonice și succesele obținute de acestea nu au influențat esența și nici prevalența acestei boli psihosomatice severe și imprevizibile sub aspect evolutiv. Ca și în psihiatrie unde substanțele neuroleptice au schimbat forma de manifestare a bolii, diminuând în special manifestările clinice ample, și în colita ulceroasă noile medicamente i-au influențat patomorfoza, estompând fenomenologia clinică a formelor severe fără a-i modifica epidemiologia. În fond, limitele terapiei imunosupresoare ilustrează etiologia plurifactorială a bolii și evidențiază totodată marea ei sensibilitate la influența factorilor psihici. Mai mult, "se poate evidenția o relație cronologică clară între stresul psihic și debutul sau exacerbarea bolii, pe de o parte și între suportul psihologic și remisiunile ei pe de altă parte" (**G. L. Engel**, 1975, p. 675). Totodată, rezultatele psihoterapiei în colita ulceroasă ilustrează în modul cel mai elocvent cum "schimbările survenite în starea psihică pot influența patologia somatică" (**D. Oken**, 1985, p. 1131).

Dată fiind marea responsivitate a bolii la influențele de ordin psihic, în colita ulceroasă, mai mult decât în alte condiții psihosomatice, se impune o abordare psihoterapeutică adecvată. De asemenea, metoda de psihoterapie utilizată, poate fi modelată sau schimbată în funcție de evoluția bolii.

Un fapt care trebuie avut în vedere în psihoterapia pacienților colitici este modul de relaționare a terapeutului cu pacientul, aici mai mult decât în orice altă afecțiune, calitatea relației cu bolnavul constituind elementul esențial al succesului psihoterapiei.

4.5.4.1. Relația terapeut-pacient și "figura-cheie" în psihoterapie. Simbioza din copilăria pacientului dintre acesta și mama sa, ca și relațiile dintre pacient și o "figură-cheie" de care el este dependent, tind a fi reactualizate în psihoterapie. De cele mai multe ori, pacientul, care a pierdut relația sa suportivă cu persoana-cheie din anturajul

său, tinde a stabili cu terapeutul o relație foarte dependentă și durabilă. De fapt, medicul care acordă asistență unui pacient cu colită ulceroasă își asumă o responsabilitate foarte complexă. Totodată, reușind la începutul psihoterapiei să stabilească o relație adecvată cu pacientul, medicul trebuie să fie conștient de faptul că i revine, cel puțin parțial, rolul de "figură-cheie". Medicul trebuie să accepte rolul de personaj cheie întrucât, mai ales în perioadele active ale colitei, el rămâne singurul "obiect" de identificare de care depinde evoluția bolii pacientului.

Pe de altă parte, pacientul rămâne tot atât de vulnerabil la perturbarea relației sale cu terapeutul ca și față de relația sa cu figura-cheie princeps. În această situație, pacientul investește pe terapeut cu calități și puteri particulare considerându-l omniscient, omnipotent, supradimensionându-i posibilitățile, aspteptând de la el mai mult decât acesta poate să-i ofere. Datorită acestui fapt, terapeutul nu trebuie să omită că deși relația strânsă cu pacientul constituie un factor puternic în ameliorare și vindecare, întreruperea acestei relații poate determina recidiva colitei. Tocmai de aceea, în mai mare măsură decât în psihoterapia altor condiții, în abordarea terapeutică a colitei ulceroase terapeutul trebuie să manifeste:

- răbdare și dorința de a-i acorda timp pacientului;
- empatie și încredere față de pacient;
- disponibilități de ascultare a pacientului și de recepționare a comunicării sale nonverbale;
- nonconformism și toleranță, exprimate prin permisiunea și încurajarea pacientului de a-l căuta ori de câte ori se află în impas; această asigurare constituie pentru pacient o puternică sursă de sprijin (chiar dacă permisiunea nu va fi niciodată folosită) întrucât este percepută ca un indiciu al disponibilităților afective și al participării efective a terapeutului la îngrijirea sa.

4.5.4.2. Dinamica procesului psihoterapeutic în colita ulceroasă. Prima problemă a demersului psihoterapeutic este aceea a stabilirii necesității acesteia pentru pacientul în cauză. Disponibilitățile pacientului de a beneficia de psihoterapie sunt evaluate de către psihoterapeut dar trimiterea la tratamentul psihologic se face de către medicul curant care:

- va testa complianța pacientului pentru psihoterapie, știut fiind faptul că acesta, în general, consideră afecțiunea sa pur somatică;
- va orienta pacientul către psihoterapie pe baza unei minime inițieri, astfel încât el să nu se simtă rejectat;
- va menține în continuare o relație activă cu pacientul, astfel încât, psihoterapia să fie percepută și considerată ca un adaus la tratamentul farmacologic și nu înlocuirea lui;
- medicul curant va rămâne deci unul din polii procesului terapeutic, mai activ în timpul episoadelor acute ale afecțiunii, terapia bifocală găsindu-și în colita ulceroasă o indicație esențială.

Prima etapă a psihoterapiei unui pacient colitic, aflat de obicei în puseu acut, are în vedere stabilirea unei relații terapeutice.Aceasta poate fi inițiată prin atitudinea

empatică, atentă și sensibilă a psihoterapeutului în cadrul primei ședințe de psihoterapie. Tot în această etapă are loc cunoșterea pacientului, a trebuințelor sale psihologice, a modurilor sale de funcționare psihică și de relaționare, fapt care-i permite bolnavului să utilizeze relația cu terapeutul ca mijloc de restabilire a echilibrului său psihologic. Putem considera că realizarea acestei relații terapeutice, a caracterului său empatic, este cheia întregului program terapeutic. Tocmai de aceea, terapeutul care înțelege procesele de bază și trăsăturile personalității pacientului colitic, va avea reale posibilități în abordarea psihoterapeutică a acestor pacienți.

Dacă prima fază în abordarea psihoterapeutică este investigativă, cea de **a doua fază** este suportivă, aceasta fiind de fapt singura psihoterapie posibilă în faza acută a bolii. Acum sunt identificate situațiile vitale, evenimentele psihotraumatizante și frustrante care au determinat apariția manifestărilor psihice, încercându-se, când este cazul, "manipularea mediului" în vederea rezolvării problemelor legate de "relația-cheie".

Faza a treia a procesului terapeutic are în vedere aprofundarea cunoașterii conflictelor, eventual; abordarea atentă a interpretărilor, în cadrul unei psihoterapii expresive. În această fază, care se desfășoară în timpul perioadelor de remisiune, se încearcă rezolvarea conflictelor, ameliorarea disponibilităților de relaționare și modificare a stilului de viață al pacientului.

Din perspectiva metodelor și tehnicilor aplicate menționăm că acestea sunt în funcție mai ales de stadiul evolutiv al bolii, de vârsta și **status**-ul psihic al pacientului, de complianța sa pentru psihoterapie, ca și de disponibilitățile sale de a realiza o relație empatică.

Psihoterapia suportivă. Aplicabilă în fazele acute ale colitei ulceroase, are ca element esențial cunoașterea nevoii de dependență a pacientului, relația-cheie a acestuia, pericolul pierderii reale sau fantasmatice a acestei relații; s-a constatat că pacienții cu cel mai înalt grad de simbioză relațională răspund cel mai bine psihoterapiei suportive, ameliorarea realizându-se mai ales când terapeutul:

- poate tolera nevoile de dependență infantilă a pacientului;
- nu manifestă rejecție, nerăbdare sau atitudini corective arbitrare.

Psihoterapia suportivă este uneori asociată cu o atitudine explicativă din partea terapeutului, susceptibilă de a reduce anxietatea pacientului. În condițiile tratamentului spitalizat, numeroși terapeuți recomandă totodată o conduită suportivă atentă și controlată din partea tuturor membrilor echipei de îngrijire care trebuie să manifeste interes crescut pentru pacient, înțelegere empatică și optimism față de rezultatele terapiei aplicate.

Psihoterapia suportivă este recomandată și în cazuri de colectomie sau ileostomie, efectuată deasupra zonei active de boală pentru a pune intestinul "în repaus". Frecventă înaintea introducerii corticosteroizilor, această intervenție chirurgicală se dovedește încă necesară, cu atât mai mult cu cât, se consideră că aproximativ 50% dintre pacienții care au boala de peste 30 ani, dezvoltă un carcinom de colon. De asemenea incontinența rectală, fistulele și abcesele recurente, diareea netratabilă ca și hemoragia masivă, constituie indicații pentru ileostomie și colectomie, dar și pentru psihoterapia suportivă,

pre și postoperatorie. Interpretată până acum în mod exclusiv din perspectiva caracterului său mutilant, intervenția chirurgicală, pe lângă eficacitatea sa asupra manifestărilor clinice, are și efecte psihologice considerabile care trebuie consolidate și întreținute prin psihoterapie.

Psihoterapia expresivă, variantă abreviată și adaptată a psihoterapiei psihanalitice, se aplică în fazele de remisiune ale colitei în urma evaluării psihodinamice a forțelor ego-ului, ea fiind mai indicată pacienților colitici relativ-activi, mai independenți și mai puțin simbiotici. Se recomandă ca această abordare să fie făcută cu prudență, dezvăluirea conflictelor și interpretarea făcându-se cu o precaută reținere, din cauza riscului agravării colitei. De fapt, unii clinicieni au atras atenția asupra faptului că "dezvăluirea activă și agresivă a unor conflicte psihologice nerezolvate poate determina exacerbări grave ale colitei ulceroase" (**M. F. Reiser**, 1978, p. 64). Cu toate aceste rezerve, se consideră că o abordare terapeutică în care interpretările să fie făcute cu prudență și "cu mare atenție în vederea menținerii unui suport adecvat al stimei de sine și al nevoilor de dependență a pacientului" (**D. Oken**, 1985, p. 1129) este indicată în astfel de cazuri. Totodată se subliniază că "priceperea terapeutului constituie factorul cheie" (**Ibidem**) în reușita acestei abordări. Astfel, terapeutul trebuie să știe că problemele de separare, pierdere și rejecție domină transferul care în aceste cazuri trebuie mânuit cu mare sensibilitate. De asemenea, interpretările trebuie astfel elaborate încât pacientul să nu constate atitudinea neutrală, exigentă și cu atât mai puțin punitivă a terapeutului.

4.5.4.3. Tratamentul combinat în colita ulceroasă, terapia bifocală. Așa cum s-a subliniat anterior, psihoterapia, indiferent de metoda utilizată sau de corectitudinea cu care este efectuată, nu trebuie considerată ca o variantă a tratamentului farmacologic, ci ca o completare a acestuia. Tocmai de aceea menționăm în acest context faptul că deși colita ulceroasă este apreciată ca prototip de boală psihosomatică, psihoterapeutul "trebuie să fie conștient de statutul de pacient medical al bolnavului" (**D. Oken**, 1985, p. 1130). Din această perspectivă, medicul curant, somatician, va dirija administrarea terapiei supresoare, având totodată bolnavul în sarcină pe parcursul perioadelor acute ale colitei, în timp ce psihoterapeutul va asigura suportul afectiv, ghidarea și, în măsura posibilităților, restructurarea psihică a pacientului, în perioadele de acalmie clinică a colitei.

Pe de altă parte, indiferent de metoda psihoterapeutică aplicată (inclusiv când aceasta este psihanalitic structurată), terapeutul poate face apel la **medicația psihofarmacologică** și în primul rând **tranchilizantă**, mai ales când pacientul este marcat de tensiune psihică și anxietate. De asemenea, au mai fost încercate substanțe **antidepresive**, (**triciclice** și **tetraciclice**) asupra eficacității lor neexistând încă date reliabile. Observația clinică empirică atestă însă efectul lor favorabil, deși administrarea a fost în general sporadică și în doze reduse. Este posibil ca și efectul placebo să fi contribuit la obținerea rezultatelor favorabile ale terapiei cu substanțe psihotrope.

Există totuși date asupra rezultatelor terapiei combinate în colita ulceroasă. Într-un astfel de studiu, au fost comparate două grupuri de pacienți cu colită ulceroasă internați în aceeași clinică. Astfel, grupul care a primit un tratament complex, medical, chirurgical

și psihologic a prezentat rezultate mai bune și mai stabile, comparativ cu grupul tratat numai medical și chirurgical, care nu a beneficiat și de aportul psihoterapiei. Este de menționat faptul că rezultatele acestui studiu, eșalonat pe o perioadă de 30 ani, nu au fost evaluate de psihoterapeuți, ci de o echipă de gastroenterologi care au constatat un avantaj semnificativ-statistic pentru grupul de pacienți care au primit pe lângă tratamentul medical sau chirurgical și psihoterapie.

Rezultatele psihoterapiei pacienților cu colită ulceroasă pot fi schematizate astfel:

- reducerea duratei și severității episoadelor acute ale colitei;
- îmbunătățirea semnificativă a capacității pacienților de a face față evenimentelor vitale și situațiilor conflictuale;
- creșterea capacității de a stabili relații satisfăcătoare și durabile cu alții;
- modificarea structurii psihice de bază a pacientului, făcându-l mai puțin vulnerabil situațiilor conflictuale în care boala devine manifestă.

Limitele psihoterapiei, ca dealtfel a oricărei forme de terapie, constau în faptul că:

- deși remisiunile și vindecările complete sunt frecvente, psihoterapia nu poate înlătura sau elimina virtualitatea manifestărilor clinice ale bolii, recidivele fiind posibile chiar sub psihoterapie;
- o recidivă survenită în cursul terapiei trebuie să intensifice eforturile suportive întrucât, abandonarea în acest moment a psihoterapiei poate provoca o recurență masivă a colitei.

Predicțiile asupra evaluării eficienței psihoterapiei se impun cu atât mai mult cu cât, actualmente, numai un număr relativ restrâns de pacienți pot beneficia de aportul psihoterapiei. Datorită acestui fapt, trebuiesc înscriși în psihoterapie mai ales pacienții susceptibili de a beneficia de ea pe de o parte și cei care vor obține cele mai mari succese prin psihoterapie, pe de altă parte. Printre aceste criterii de eficiență psihoterapeutică reținem:

- prezența unui eveniment precipitant evident, de obicei recunoscut de pacient;
- colita dublată de depresie care, la rândul ei este consecutivă unei pierderi;
- utilizarea inconștientă a simptomelor bolii ca substitut pentru furie și ca mijloc de punițiune.

Profilaxia factorilor stresanți, a situațiilor psihotraumatizante sau frustrante a pacienților colitici, pe fondul unei psihoterapii specific-adaptate sunt factori de succes în această boală psihosomatică severă. Totodată, terapia psihofarmacologică, ilustrată în special prin benzodiazepine și antidepresive tetraciclice, rămâne o speranță neepuizată care va trebui confirmată prin studii reprezentative și reliabile.

4.6. Artrita reumatoidă din perspectivă psihosomatică și psihoterapeutică.

Cunoscută sub numeroase sinonimii (artrita atrofică, artrită cronică proliferativă, artrită cronică infecțioasă) determinate de concepția patogenică predominantă a

momentului, artrita reumatoidă este considerată o boală sistemică neelucidată etiologic. În accepțiune anatomo-descriptivă, artrita reumatoidă constă într-o inflamare proliferativă acută care atacă, în mod simetric, membrana sinovială a articulațiilor mici.

Introdus de **Garrod** (1858), termenul de **artrită reumatoidă** aparține sferei mai ample a noțiunii de reumatism (**rheuma**, gr. a curge) prin care medicii antichității elene defineau o boală a articulațiilor determinată de mișcările în zonele respective a unei substanțe gelatinoase, **rheum**.

Sorgintea psihosomatică a bolii este deosebit de veche, scrieri de aproximativ 1500 de ani asociind-o cu "**necazurile vieții**". Mai mult, într-un text persan datând din anul 1150 e.n. a fost întâlnită o mențiune psihanalitică surprinzător de actuală și anume că artrita reumatismală se datorește "incapacității omului de a-și exprima agresivitatea". De asemenea, în secolele VI și VII se considera că boala evoluează "însoțită de tristețe, îngrijorare și încordare". Influența factorilor psihici în apariția și evoluția artritei este subliniată de marele reumatolog **W. Osler**, care, la sfârșitul secolului trecut, sublinia corelația între debutul bolii și prezența situațiilor psihotraumatizante sau a doliului.

Boala este întâlnită pe tot globul într-o proporție de aproximativ 3,2% din ansamblul populației (cu o prevalență mai redusă la japonezi și eschimoși dar mai ridicată la negrii din Statele Unite), peste tot fiind de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Un amplu studiu de urmărire, efectuat în Suedia, a confirmat rolul umidității crescute, a presiunii barometrice scăzute și a activității fizice desfășurate în condiții de umiditate, ca elemente favorizante în apariția artritei reumatoide.

Factorii genetici, încă neelucidați, își înscriu contribuția la apariția bolii și există dovezi că ea este în mod cert mai frecventă la rudele pacienților. Este incriminată o transmitere poligenică întrucât, atât artrita reumatoidă cât și factorul reumatoid sunt determinați de mai multe gene dar nu au fost încă evidențiați markeri genetici specifici. Există însă posibilitatea unei predispoziții genetice pentru anomalii imunologice care ar constitui substratul necesar al producerii bolii.

Totuși, relativ recent, au fost descoperite patru locus-uri de histocompatibilitate (HLA) cu **linkage** strâns, situate pe cromozomul VI. Fiecare **locus** conține mai multe alele care controlează diverși antigeni.

Factorii imunologici joacă, de asemenea, un rol important, deși mecanismul lor nu este complet elucidat. Actualmente se consideră că un antigen, încă neidentificat, stimulează producerea de anticorpi de către celulele plasmatice din sinovium. Prin reacția cu antigenul, acești anticorpi sunt modificați și nu mai sunt priviți ca proprii organismului respectiv. La rândul lor, acești anticorpi modificați stimulează producerea factorului reumatoid incriminat (împreună cu un antigen încă neidentificat) în producerea inflamației și a leziunilor tisulare.

Imunitatea mediată celular, reprezentată prin limfocite și plasmocite se înscrie în patogeneza sinovitei, care se dezvoltă prin acțiunea citotoxică a limfocitelor asupra celulelor sinoviale și prin eliberarea de mediatori ai hipersensibilității întârziate.

4.6.1. Acțiunea factorilor psihostresanți asupra sistemului imunitar și rolul lor în apariția artritei reumatoide. Situațiile psihostresante și stările afective negative influențează sistemul imunitar prin intermediul sistemului nervos și al sistemului endocrin. Mai mult, există dovezi, dintr-o varietate de surse, care susțin ideea că stresul și suferința emoțională sunt implicate în disfuncția sistemului imunitar" (**A. J. Silverman**, 1985, p. 1190). S-a constatat, de asemenea, că la om proliferarea de limfocite ca răspuns la stimularea cu mitogen este suprimată în timpul depresiei ce urmează decesului soțului" (**Ibidem**). Se cunosc astăzi numeroase studii care atestă faptul că situațiile stresante determină "alterarea reactivității imunologice". Astfel, la pacienți cu nivele crescute ale imunoglobulinelor, s-au constatat scoruri semnificativ mai mari la evenimentele stresante comparativ cu pacienții care aveau concentrații scăzute ale imunoglobulinelor.

Există actualmente un consens asupra faptului că evenimentele psihostresante și frustrante influențează și determină atât precipitarea debutului cât și a recăderilor artritei reumatoide. Astfel, într-un studiu comparativ asupra unui număr de 100 femei cu artrită reumatoidă, la 55 dintre ele debutul bolii a fost precedat de un "conflict major", semnificativ, iar la un număr de 33 paciente nu s-a putut face nici o corelație validă între stresul psihic și apariția bolii. Totuși, aceste paciente, la care nu s-au constatat conflicte declanșatoare, au avut un număr mai mare de rude cu artrită reumatoidă, decât primul grup de 55 femei cu "conflict major" în antecedentele imediate. În plus, la grupul cu conflict major declanșator, debutul bolii a fost brusc iar evoluția accelerată, în timp ce la grupul fără conflicte declanșatoare debutul bolii a fost insidios iar evoluția lentă. Bazați pe astfel de date, clinicienii consideră că există două tipuri de artrită reumatoidă:

- **cu debut acut**, determinat în special de factori psihostresanți semnificativi și fără o predispoziție ereditară;
- **cu debut lent**, în care rolul factorilor psihostresanți nu este evident, dar pacienții prezintă o încărcătură genetică semnificativă în familii.

Pornindu-se de la influența situațiilor psihostresante asupra debutului clinic al bolii a fost emisă supoziția conform căreia incidența mai mare a artritei reumatoide la femei se datorește cantității sporite de stres încorporat de acestea, comparativ cu bărbații.

Sinteza studiilor din domeniu prezintă un consens asupra faptului că în artrita reumatoidă "stresul, chiar dacă nu pare întotdeauna incriminat în apariția originii bolii, este asociat cu declanșarea crizelor" (**D. Oken**, 1975, p. 741).

4.6.2. Trăsăturile de personalitate - factor favorizant sau consecință a artritei reumatoide ? Numeroase studii psihologice efectuate prin tehnici proiective sau chestionare structurate au căutat să schițeze un profil, eventual specific, de personalitate în artrita reumatoidă. Pe baza datelor obținute, pacienții au fost descriși ca timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu, cu o conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și inadecvare și de dispoziție depresivă. De asemenea, pacienții artritici prezintă un înalt grad al conștiinței sociale, un simț exagerat al responsabilității față de obligații sociale și morale. În plus, ei posedă un control strict în exprimarea furiei și ostilității pe care și-o reprimă. Studiile atestă totodată faptul

că"autosacrificiul, compulsivitatea, ca și alte trăsături de personalitate manifestă, sunt de asemenea concordante cu conflictele legate de ostilitate și agresivitate" (**D. Oken**, 1975, p. 742).

S-a constatat de asemenea că pacienții cu artrită reumatoidă sunt intens angajați în activități fizice (muncă manuală și sport), fapt interpretat ca un mijloc preferat de descărcare a agresivității și ostilității.

Datele mai sus menționate sunt confirmate de un studiu clinico-psihologic efectuat asupra unui număr de opt perechi de gemeni monozigoți, discordanți pentru artrita reumatoidă. Atât la cei care au făcut boala cât și la ceilalți existau aceleași trăsături de personalitate, aceleași conflicte, aceeași preferință evidentă pentru activitatea fizică.

Din perspectivă psihodinamică se consideră că, prin atitudinea și comportamentul lor, părinții au contribuit la formarea unei astfel de structuri de personalitate, întrucât "există o mare discrepanță între indicatorii de statut social al mamei și ai tatălui" (**A. J. Silverman**, 1985, p. 1191). Astfel, în special pacientele cu artrită reumatoidă își descriu mamele ca severe, hipercontrolante, nerezonabile, arbitrare etc., reacția lor la această conduită a mamelor fiind furia latentă, cu grad redus de agresivitate manifestă.

În accepția psihologiei dinamice, nota distinctivă a personalității acestor pacienți este pulsiunea agresivă. În evoluția ei, agresivitatea parcurge următoarele instanțe:

-mamă restrictivă, hiperprotectoare, severă, arbitrară, ceea ce a antrenat la copil un grad crescut de furie latentă dar cu o foarte redusă agresivitate manifestă, asociată cu anxietate față de exprimarea acestor efecte;

- furia și revolta s-au descărcat prin activitate fizică, prin sport și competiție;
- ulterior, ostilitatea și furia s-au exprimat prin sacrificiul de sine masochist;
- întreruperea acestui pattern sau eșecul lui determină exacerbarea furiei, intensificarea stării conflictuale și creșterea simetrică a tensiunii musculare, ceea ce declanșează (la persoane cu predispoziție genetică) episodul de artrită reumatoidă.

Această supoziție psihodinamică se distinge prin consistența sa internă întrucât integrează numeroase date de observație; ea este corectă sub aspectul descriptiv, dar pare nereliabilă din punctul de vedere explicativ. Clinicienii psihanaliști găsesc această explicație "remarcabil de aplicabilă la numeroși pacienți" cu artrită reumatoidă. De fapt, validitatea acestei formulări depinde, în ultimă instanță, de disponibilitatea de a accepta conceptualizarea comportamentului uman în termeni psihanalitici.

Cu toate acestea, prin studii predictive blind, pe baza înregistrării aspectelor psihodinamice ale cazurilor, evaluatorii psihanaliști au putut pune diagnosticul corect de artrită reumatoidă într-un grup de 83 pacienți ce reprezentau cele șapte boli psihosomatice majore. Confirmări suplimentare ale supoziției psihodinamice s-au făcut pe baza datelor furnizate de investigația proiectivă. Astfel, pacienții cu artrită reumatoidă au fost comparați cu un grup de control, apariat, format din pacienți care acuzau dureri lombare. Utilizându-se o baterie de teste proiective, datele oferite de pacienții artritici erau atât de elocvente încât trei psihologi i-au putut identifica (cu o singură excepție) fără a-i confunda cu pacienții din grupul de control.

4.6.3. Corelația dintre artrita reumatoidă și unele condiții psihiatrice. Cu toate că a fost în mod frecvent constatată, această corelație nu este pe deplin confirmată, fiind în mare măsură controversată. Astfel, mai multe studii efectuate cu câteva decenii în urmă, pe mii de pacienți cu artrită reumatoidă conchid că între această afecțiune și bolile psihice nu există nici o corelație. De asemenea, examinându-se pacienți psihotici spitalizați, s-a constatat că incidența artritei reumatoide printre aceștia este foarte scăzută, de aproximativ 1% ceea ce a determinat concluzia conform căreia "schizofrenia constituie o defensă organică împotriva artritei reumatoide".

În contradicție cu aceste constatări, cercetări relativ noi, efectuate asupra unor loturi de femei cu artrită reumatoidă, comparativ cu loturi martor apariate, arată că aproximativ 25% dintre aceste paciente prezentau în antecedente diferite boli psihice, cea mai mare parte dintre acestea având și în perioada evolutivă a artritei "probleme psihiatrice active". De asemenea, alți 25% dintre pacienții cu artrită prezentau boli psihice printre rudele de gradul I. Totodată, în rândul pacienților artritici s-au constatat, într-un procent semnificativ, stări depresive, tulburări sexuale, precum și "probleme conjugale", ceea ce a dus la concluzia că "la pacienții cu artrită reumatoidă există o uimitor de mare cantitate de suferință psihiatrică" (**A. J. Silverman**, 1985, p. 1190). În afara înaltei incidențe a unor boli psihice la pacienții cu artrită, aceștia prezintă în plus și "numeroase simptome nevrotice", care sunt interpretate ca "o consecință nespecifică" a acestei boli dureroase și invalidante.

Depresia secundară artritei reumatismale este unanim recunoscută ca fiind în mod special corelată cu "evoluția rapid-progresivă" și cu slaba responsivitate terapeutică a bolii reumatice. Pe de altă parte s-a constatat că tratamentul specific al depresiei (cu substanțe antidepresive triciclice sau teratciclice) determină pe de o parte reducerea stării depresive iar pe de altă parte ameliorarea durerii și chiar a bolii în ansamblu. De altfel, despre terapia durerii cu substanțe antidepresive există unele studii recente în literatura internațională, această problemă fiind dezbătută și la noi în cadrul unei mese rotunde organizată de revista Muncitorul Sanitar (nr. 12, 25 martie 1989).

Responsivitatea durerii din artrită la antidepresive ridică mai multe probleme și anume:

- a "reumatismului psihogen" și corelației sale cu artrita reumatismală;
- a expresiei somatice (artritiforme) a depresiei;
- a disponibilităților psihoterapiei în acest domeniu al medicinei psihosomatice.

Primele două probleme aparțin psihopatologiei clinice, în timp ce a treia problemă va fi prezentată succint în continuare.

4.6.4. Disponibilitățile psihoterapiei în artrita reumatoidă. Studii relativ recente subliniază "importanța psihoterapeutului ca membru al echipei de îngrijire în artrita reumatoidă (**A. J. Silverman**, 1985, p. 1197) întrucât observațiile clinice atestă faptul că "psihoterapia îl ajută pe pacientul artritic să facă față mai ușor stresului determinat de boală, să se înțeleagă pe sine și relațiile sale interpersonale" (**Ibidem**).

Abordarea psihoterapeutică a pacienților cu artrită se impune cu atât mai mult cu

cât aceștia fac foarte ușor decompensări depresive sau nevrotice care, la rândul lor, reduc responsivitatea terapeutică la medicația specifică. Acest fapt accentuează manifestările psihopatologice, situație care impune abordări psihoterapeutice și psihofarmacologice specifice.

Psihoterapiile utilizate au fost atât individuale cât și în grup, cu pacienți artritici în loturi omogene dar și în grupuri familiale în care elementul central îl constituia consilierea membrilor respectivi asupra naturii bolii, labilității și slăbiciunii ego-ului pacientului, ca și atitudinii suportive care trebuie adoptată față de acești pacienți. Experiența acumulată în acest domeniu a relevat faptul că în general, succesul psihoterapiei pacienților artritici este în funcție de structura personalității pacientului și în mai mică măsură de gravitatea afecțiunii. Astfel, se poate considera că:

- pacienții care au răspuns bine la psihoterapie prezentau o puternică forță a ego-ului, în timp ce

- pacienții cu slabe rezultate la psihoterapie se caracterizau prin labilitate afectivă, slăbiciune în controlul pulsiunilor, dificultăți adaptative etc.

Printre metodele psihoterapeutice mai frecvent utilizate în artrita reumatoidă menționăm sugestia, hipnoza, psihoterapia suportivă și psihoterapia expresivă.

Terapia sugestivă și hipnoza utilizate în artrita reumatoidă s-au dovedit abordări "utile", mai ales sub aspectul relaxării musculare și al controlului durerii.

Psihoterapia suportivă este indicată în situații psihologice considerate mai ușoare sau mai simple, asociate cu sindromul de "neajutorare-disperare" (**hopelessness-helplessness**), scăderea motivației pentru autoîngrijire etc.

Psihoterapia expresivă, derivată din psihanaliza tradițională se aplică mai ales cazurilor selecționate, în care există posibilitatea înțelegerii conflictelor idiosincratice specifice.

În ansamblu, psihoterapia este indicată în situațiile în care imaginea corporală și concepția de sine sunt grav alterate amenințând să determine "o suferință cataclismică, cu distrugerea defenselor și dezorganizarea ego-ului" (**A. J. Silverman**, 1985, p. 1197).

4.7. Supraponderalitatea și obezitatea clinică din perspectivă psihosomatică și psihoterapeutică.

4.7.1. Definiții și accepțiuni ale noțiunii de obezitate. Tulburare psihosomatică cu extensie de masă, obezitatea poate fi definită sub trei aspecte:

- **constatativ-descriptiv**, când este "caracterizată prin acumulări excesive de grăsime în corp ... a cărui greutate depășește cu 20% standardele prevăzute în tabelele uzuale" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1872);

- **etiologic-explicativ**, conform căreia obezitatea este determinată de un "defect în echilibrul energetic, ce are ca rezultat aportul excesiv de calorii, peste necesitățile insului" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 139);

- **clinico-prospectiv**, situație în care obezitatea este definită prin "exagerarea masei

țesutului adipos, ceea ce are drept consecință creșterea greutății corporale ... alături de afectarea condiției estetice, psihosociale și biologice a bolnavului" (**I. Mincu; N. Hîncu**, 1986, p. 742).

Desigur, nici o definiție nu poate fi cuprinzătoare și absolut edificatoare în exprimarea unei condiții clinice, cu atât mai mult în privința obezității, al cărei polimorfism etiopatologic și clinic este evident. Astfel, și în privința primei definiții, considerăm că limita de 20% "peste standardele prevăzute" este convențională și chiar arbitrară. De fapt, această cifră etalon, de 20%, nu este respectată de toți clinicienii, unii dintre aceștia considerând că depășirea cu peste 10% a greutății standard, "intră în limitele patologicului, caracterizând obezitatea" (**C. Zosin**, 1967, p. 443).

Stricto-sensu, în aria obezității se pătrunde odată cu primele depășiri ale standardelor prevăzute, fapt important de reținut, dacă ținem seama de evoluția progresivă a obezității. Din acest punct de vedere propunem o sistematizare din perspectivă descriptiv-evolutivă în cadrul căreia distingem:

- **supraponderalitatea**, în care plusul ponderal non-excesiv este determinat conjunctural (vacanțe, perioade de sedentarism sau de excese alimentare) fiind susceptibil de a se reduce fără un tratament medical;

- **obezitatea comportamentală**, determinată de deprinderi alimentare eronate, particulare, în care, excesul ponderal moderat prezintă posibilități reale de a fi corectat;

- **obezitatea clinică**, ce are în vedere tulburarea ilustrată prin supraponderalitate excesivă care este susceptibilă de complicații și impune cu necesitate un tratament adecvat.

Observația clinică empirică precum și studiile din domeniu, evidențiază faptul că evoluția obezității este progredientă și foarte slab remitentă. Aceasta ne permite să definim obezitatea ca **o tulburare metabolică și comportamentală cronică, ilustrată printr-o pulsiune particulară pentru ingestia alimentară, ce are ca rezultat un exces ponderal variabil, progredient și rareori remitent.**

4.7.2. Diagnosticul de obezitate și gradul de supraponderalitate. Problematica definirii obezității conduce în mod inerent la diagnosticarea ei. Aceasta poate fi realizată în mod empiric, prin simpla constatare sau prin complicate metode de măsurare. Astfel, sub aspect empiric aprecierea obezității se face în relație cu un etalon somatic anumit, considerat caracteristic grupului socio-cultural respectiv. Sub acest unghi, criteriul de diagnosticare a obezității corespunde aserțiunii conform căreia "o persoană care arată grasă, este grasă" (**A. J. Stunkard**, 1975, p. 767).

Din punct de vedere științific însă, standardele uzuale prevăzute în tabelele de înălțime / greutate nu sunt edificatoare pentru a defini gradul de obezitate întrucât oasele și mușchii, mai ales la tineri, au o contribuție notabilă în ponderalitate. Din această perspectivă, obezitatea este mai corect definită ca "exces de grăsime decât ca exces ponderal" (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 346). În acest scop, au fost imaginate mai multe metode de măsurare directă (exclusivă) a cantității de grăsime din corp, prin: cântărire hidrostatică, raze X, tehnici ultrasonografice, marcarea cu K radioactiv etc. Aceste metode, costisitoare și complicate, nu pot fi însă folosite decât în laborator servind scopurilor

experimentale. În clinică se poate folosi un mijloc mai simplu de estimare a obezității prin măsurarea straturilor de grăsime din diferitele regiuni ale corpului, folosind "șublerele" subcutanate.

Fără îndoială că diagnosticul de obezitate nu este sinonim cu orice grad de supraponderalitate dar nici nu s-a stabilit o limită de demarcație între cele două stadii ale acestei condiții. În mod extensiv (și prospectiv), orice obezitate debutează printr-un grad ușor de supraponderalitate. Totuși, nici în accepție comună și nici sub accept științific, o creștere ponderală ușoară nu este denumită (și cu atât mai puțin diagnosticată) ca obezitate.

Conform observațiilor noastre obezitatea este o condiție medicală și corespunde, sub toți parametrii, modelului medical al bolii. În starea lor incipientă însă, multe boli, în special cu evoluție cronică (printre care și obezitatea), nu se impun, deși se recomandă, tratamentului medical. Bazați pe aceste considerente, apreciem că excesul ponderal devine obezitate când determină o limitare funcțională a organismului, perturbă activitatea profesională a insului și impune tratament medical.

4.7.3. Date epidemiologice asupra obezității clinice care necesită abordări terapeutice. Prevalența obezității este vag exprimată prin date statistice datorită slabei sale delimitări și noncomplianței la terapie a persoanelor respective. În studii extensive, de urmărire, pe loturi reprezentative și luând drept criteriu excesul ponderal de peste 20% din greutatea medie a insului, **T. Silverstone** (1974) estimează prevalența obezității la 23, 5% pentru femei și 15, 4% pentru bărbați. Menținând același criteriu de diagnosticare a obezității, (surplusul de peste 20% al ponderalității) **A. J. Stunkard** (1975) găsește procente mult superioare și anume de 40% pentru femei și 35% pentru bărbați.

În țara noastră prevalența obezității este estimată la 25% pentru mediul urban și 23% pentru mediul rural (**I. Mincu, N. Hîncu**, 1983). Desigur, datele epidemiologice diferă, în funcție de criteriile diagnosticării și metodologiei investigației, dar și de factori socio-culturali, geografici etc. Astfel, rata prevalenței obezității este mult mai mică în orient (China, Coreea, Japonia) și crește progresiv, atingând cotele cele mai înalte, în occident. Într-o apreciere sintetică a studiilor epidemiologice se poate constata că aproximativ 1/3 din populație poartă povara obezității clinice.

Totodată, studiile de specialitate, ca și cele mai sus menționate, prezintă o **prevalență mai crescută a obezității la femei**. Se notează de asemenea că această diferență între sexe (privind datele de prevalență) este mai mare după 50 de ani "datorită ratei mai mari a mortalității bărbaților obezi din acest grup de vârstă" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1872).

Curba de evoluție a prevalenței obezității urmează, în general, o linie ascendentă, până în jurul vârstei de 50 de ani, după care prezintă o scădere relativ bruscă, datorită creșterii mortalității prin complicațiile și bolile adiacente obezității (cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială, diabet etc.).

Studiile asupra incidenței obezității în diverse grupuri sociale ilustrează că aceasta este mai frecvent întâlnită la persoanele cu un nivel socio-cultural slab dezvoltat.

Aserțiunea vizează atât bărbații cât și femeile precum și diverse etape de vârstă, unele studii găsind diferențe puternic semnificative încă de la vârsta de șase ani. Fără îndoială că în medii socio-culturale elevate se adoptă măsuri restrictive mai severe asupra obezității care este mai greu tolerată, și mai puternic sancționată. Mai mult, se subliniază că în grupurile cu nivel socio-cultural ridicat, împotriva persoanelor obeze se practică o intensă discriminare care începe încă din copilărie și se continuă la vârsta adultă, fapt ce contribuie într-o anumită măsură la adoptarea precoce a controlului ingestiei și instituirii unor măsuri terapeutice în vederea limitării condiției.

4.7.4. Expectanța pentru obezitate la copii cu supraponderalitate. În copilărie și adolescență supraponderalitatea se întâlnește cu o slabă prevalență. Ea prezintă însă anumite caracteristici histopatologice și clinice care-i condiționează evoluția constant-progresivă. Această evoluție negativă a supraponderalității la copii și adolescenți poate fi explicată prin numărul mai mare de celule adipocite. Astfel, studiile citologice au evidențiat faptul că spre deosebire de copiii normali, cei cu supraponderalitate au un număr de adipocite, de cinci ori mai mare. La aceasta se adaugă conținutul lipidelor adipocitare, care este mai mare (de 1,0 micrograme) la supraponderali, față de 0,7 micrograme la normoponderali. Spre deosebire de persoanele vârstnice, la care surplusul ponderal se face pe seama creșterii volumului adipocitelor, la copii, supraponderalitatea este determinată atât de creșterea volumului cât și a numărului adipocitelor. De aici decurge importanța deosebită a **pattern**-ului de hrănire din primii ani de viață, când sporirea exagerată a numărului celulelor adipoase condiționează apariția, dar mai ales persistența supraponderalității și respectiv a obezității.

Datorită acestor particularități histopatologice obezitatea la vârsta copilăriei și adolescenței se distinge prin severitate, constantă progresivitate și rezistență la terapiile aplicate. La acestea se adaugă (în mai mare măsură decât la vârsta adultă), culpabilitate, emoționalitate, tulburări nevrotiforme etc.

În ceea ce privește expectanța privind evoluția supraponderalității juvenile și infantile studiile efectuate au raportat progredienta spre obezitate într-un procent de peste 80%. Alte studii, de urmărire, eșalonate pe o perioadă de 35 ani, bazate pe criterii riguroase de diagnosticare a obezității (întreprinse de **S. Abraham** et al., 1971) au evidențiat că 63% din băieții obezi devin bărbați obezi, comparativ cu un lot martor, din care numai 10% din băieții normoponderali au devenit obezi.

În ansamblu, studiile evidențiază că numai puțini copii supraponderali își pot reduce greutatea la sfârșitul adolescenței iar dacă nu s-a realizat acest lucru șansele ulterioare de a reveni la normoponderalitate sunt minime. Se consideră astfel că un copil supraponderal are o șansă din patru de a deveni normoponderal la vârsta de 12 ani iar dacă acest lucru nu s-a realizat, îi rămâne o șansă din 28 de a deveni normoponderal la vârsta adultă. Întrucât **reducerea ponderală a obezilor are loc prin scăderea volumului adipocitelor** și nu a numărului lor, o persoană a cărei obezitate a debutat în copilărie va menține un număr mai mare de adipocite care vor manifesta continuu o tendință de saturație cu substanțe lipidice, de unde tendința la menținere și progredienta a

supraponderalității apărute în copilărie.

4.7.5. Supoziții etiopatologice asupra obezității clinice din perspective psihosomatice și psihoterapeutice.

4.7.5.1. Rolul reducerii consumului energetic în determinarea obezității. În conformitate cu opinia comună, dar și cu rezultatele studiilor științifice, se consideră că "activitatea fizică este un factor vital în reglarea greutății corporale" (**A. J. Stunkard**, 1975, p. 774). Cu toate că această aserțiune este bine cunoscută, se constată că evoluția societății contemporane spre mecanizare și automatizare cu creșterea consecutivă a ponderii activității intelectuale, alături de dezvoltarea mijloacelor de circulație, a favorizat, pentru mari grupuri socio-culturale, apariția condițiilor unor profesii sedentare, ceea ce a avut ca urmare creșterea prevalenței supraponderalității și a obezității.

În ceea ce privește obezitatea constituită, o analiză a consumului energetic al persoanelor respective evidențiază unele aspecte particulare și anume:

- persoanele obeze au numai o aparentă limitare a activității fizice întrucât **consumul energetic** necesar deplasării lor este egal cu acela al persoanelor normoponderale;
- deși aportul alimentar crește, odată cu creșterea activității fizice, totuși, el nu scade în mod corespunzător, odată cu scăderea activității fizice;
- deși aparent paradoxal, unele studii au constatat că uneori, limitarea activității fizice poate determina o creștere reală a aportului alimentar, după cum, creșterea activității fizice a persoanelor sedentare, duce la o limitare a consumurilor alimentare;
- există diferențe individuale considerabile în privința ratei metabolismului și a consumului de energie, ceea ce afectează rata scăderii ponderale; astfel, s-a constatat că cel puțin la un anumit grup de obezi, rata metabolică de repaus scade, odată cu scăderea ponderală.

4.7.5.2. Perturbarea sațietății prin diminuarea percepției motilității gastrice. Sensibilitatea particulară pentru stimuli alimentari externi este în contrast cu o diminuare a sensibilității față de percepția motilității gastrice. Această supoziție a fost evidențiată prin studii experimentale efectuate de **A. J. Stunkard** și **S. Koch** (1971) asupra persoanelor obeze nevrotice, dar și nonnevrotice care prezentau o slabă relație între foame și percepția motilității gastrice, comparativ cu persoanele normale. Conform opiniei lor, această perturbare a motilității gastrice nu permite obezilor o bună discriminare a senzației de foame ceea ce le determină continuarea ingestiei peste nevoile consumului.

Pe de altă parte se descrie o anumită relație între contracția gastrică și senzația de foame care la normoponderali este foarte evidentă, în timp ce la obezi este diminuată sau perturbată, fapt care împietează asupra perceperii senzației de stomac plin și a stării de sațietate. Cu toate acestea, studii mai noi conchid că "nu există nici o distincție netă privind corelația dintre senzația de foame și perceperea motilității gastrice, la subiecții normali față de obezi" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 140).

4.7.5.3. Perturbarea funcțiilor neurochimice ale foamei și sațietății. Studiile neurofiziologice efectuate în ultimele două decenii au evidențiat un amplu sistem neuronal de control al aportului alimentar. Se cunoaște deja faptul că există arii neuronale în

hipotalamusul lateral care mediază foamea și altele, în **hipotalamusul ventro-medial**, care mediază saţietatea. Ulterior, au fost identificate zone neuronale și în afara hipotalamusului cu un rol tot atât de important ca și primele în influențarea comportamentului alimentar. Astfel, foamea este controlată de un "circuit difuz" care leagă sistemul **limbic anterior** cu **globus pallidus, segmentul creierului mijlociu, hipotalamusul lateral** etc., în timp ce aria saţietăţii implică circuite ce includ **hipotalamusul ventro-medial, sistemul limbic anterior, capul nucleului caudat și creierul mijlociu.**

Totodată, sunt descrise conexiuni directe între ariile foamei și saţietăţii; astfel, există fibre inhibitorii ale apetitului care pleacă din zonele hipotalamice ventro-mediale spre cele hipotalamice laterale. În mod experimental s-a constatat că distrugerea ariilor saţietăţii din hipotalamus poate produce obezitate. Astfel, șobolanii respectivi consumau mari cantităţi de alimente fără a prezenta manifestări de foame. În experimente mai sofisticate s-a constatat că ei aveau o foarte slabă motivaţie în căutarea hranei, fiind în același timp neresponsivi faţă de stimulii externi ai alimentelor. **Patternuri** asemănătoare de ingestie au fost descrise la numeroase specii de animale devenite obeze în condiţii naturale. Această perturbare a saţietăţii întâlnită în condiţii experimentale este regăsită în **patternurile** de hrănire a multor persoane obeze.

În reglarea balansului foame-saţietate, se admite în mod empiric faptul că ingestia hranei furnizează un "**semnal metabolic**" ce este transmis prin sânge, în hipotalamus și zonele adiacente, realizând saţietatea. Această supoziţie a stat la baza teoriilor metabolice ale reglării aportului alimentar: **hipostatică, aminostatică și glucostatică**. Din această perspectivă, semnalul spre sistemul nervos este realizat de metaboliţii unuia din cele trei principii alimentare care activează celulele receptoare din hipotalamus producând saţietatea.

Dintre metaboliţii lipidelor, protidelor și glucidelor, hidraţii de carbon se consumă cel mai rapid, astfel încât, la câteva ore după ingestia alimentară apare o delepţie a depozitelor de carbohidraţi, fapt evidenţiat prin scăderea cantităţii de "glucoză utilizabilă" din sânge. Această scădere a nivelului glicemic constituie un semnal pentru glucoreceptorii din hipotalamus determinând senzaţia de foame. Dimpotrivă un nou aport alimentar, în special glucidic duce la creșterea glucozei utilizabile cu "repleţia" depozitelor de carbohidraţi dar și la activarea zonelor hipotalamice ale saţietăţii, fapt care, în plan comportamental, duce la anularea apetitului și, teoretic, la oprirea ingestiei alimentare.

Pe de altă parte, catecolaminele (și în special noradrenalina) au fost identificate ca servind de "**neurotransmiţători majori**" atât în sistemele foamei cât și în cele ale saţietăţii. Ulterior evidenţiate, subsistemele alfa și betaadrenergice nu au încă localizări și funcţii clar delimitate dar intervenţiile lor în comportamentul alimentar sunt tot mai frecvent subliniate de către cercetători.

Numeroase cercetări au confirmat gradul înalt de validitate al teoriei glucostatice. Astfel, injectarea de glucoză intravenos determină o creștere a activităţii bioelectrice a

zonelor hipotalamice ventro-mediale concomitent cu apariția saţietății și o scădere a acestei activități în zonele hipotalamice laterale prin anularea saţietății și apariția foamei. Cu toate aceste dovezi asupra rolului hipotalamusului în reglarea aportului alimentar, alte studii pun în evidență rolul unor formații cerebrale superioare ca "sediu primar al glucorecepției".

4.7.6. Psihofiziologia foamei și saţietății în reglarea ponderalității. Se apreciază că o persoană sănătoasă, nonobeză, la care aportul alimentar și consumul energetic se mențin constante, păstrează aceeași valoare ponderală. De asemenea, o abatere de 10% (în aportul alimentar sau în consumul energetic) pe o perioadă de un an, determină o schimbare a greutății cu peste 13 kg.

Pe de altă parte, cercetări experimentale și observații clinice au evidențiat faptul că există o tendință impresionantă de menținere constantă a greutății corporale. Astfel, pe loturi de șobolani hiperalimentați și respectiv privați de hrană, s-a constatat o revenire la valorile ponderale anterioare, atunci când erau lăsați să se hrănească liber. De asemenea, pe voluntari supuși supraalimentării și hipoactivității și respectiv semiînfometării experimentale, s-a constatat revenirea la standardele lor ponderale după scurte intervale de la încheierea studiului (**J. Le Magnen**, 1971).

Menținerea, cu o constanță remarcabilă, a valorii ponderale nu poate fi însă explicată numai prin argumentele teoriei glucostatice. Aceasta întrucât, așa cum s-a putut constata, scăderea glucozei utilizabile din sânge constituie doar semnalul foamei dar nu și al suprimării alimentării. Cu alte cuvinte, saţietatea apare la un interval foarte scurt după începerea mesei, moment în care aportul hidraților de carbon era insuficient pentru normalizarea glicemiei și repleția depozitelor cu hidrați de carbon.

Dacă mecanismul saţietății s-ar baza numai pe informația, de fapt limitată, asupra alimentelor ingerate, el nu ar putea regla ansamblul cantității de hrană consumată la o masă, iar aceasta nu ar fi proporțională cu distanța dintre mese. Astfel, prin mărirea intervalului dintre mese, cantitatea de alimente ingerată la proxima masă nu este proporțională cu perioada de timp scurs de la ultima masă. Pe de altă parte însă, în condițiile unei alimentări libere, cantitatea ingerată este strâns corelată cu durata de timp până la masa următoare.

În concluzie, **ceea ce se reglează este durata** (intervalul) dintre mese și **nu cantitatea (volumul) meselor**; în termeni comportamentali această aserțiune se traduce prin faptul că **foamea este controlată în mod precis, dar saţietatea numai aproximativ.** Considerăm că în acest slab control al saţietății trebuie căutată cheia obezității.

Întrucât saţietatea nu poate fi explicată numai prin nivelul glucozei utilizabile din sânge, alți factori contribuie la ameliorarea acestui mecanism deficitar. Printre aceștia, până acum, nu au fost validați clinic și experimental decât doi: senzația de stomac plin și sapiditatea alimentelor.

Studii experimentale și clinice au confirmat faptul că distensia stomacului (indiferent de valoarea calorică a conținutului) ca și mecanismul neuronal pus în activitate de stimularea directă a receptorilor gastrici ar constitui "determinanți majori" ai saţietății.

4.7.7. Validitatea supozițiilor genetice în determinarea obezității clinice. Numeroase cercetări experimentale pledează pentru "rolul determinant" al factorilor genetici în obezitate. La acestea s-au adăugat observațiile clinice care au raportat că peste 80% din descendenții cuplurilor obeze erau supraponderali, în timp ce numai 10% din descendenții cuplurilor nonobeze aveau o greutate peste medie. Deși aceste date par elocvente, se consideră că ele nu realizează o discriminare între influențele genetice și cele de mediu. Cu toate că au existat numeroase încercări de a separa aceste influențe (prin studii de gemeni și pe copii adoptați), acestea "nu au oferit decât o estimare grosieră a contribuției relative a eredității și nu au elucidat mecanismul transmisiei genetice" (**A. J. Stunkard, A. J. Rush,** 1974, p. 526). Mai mult, dată fiind influențarea plurifactorială a greutății corporale se consideră că "excesul ponderal **per se** este un fenotip nesatisfăcător pentru studiul genetic al obezității umane" (**A. J. Stunkard,** 1975, p. 769).

Paralel cu cercetările asupra influențelor genetice asupra obezității clinice, au fost întreprinse studii asupra corelațiilor dintre tipurile somatice și obezitate.. Aceste studii au fost încurajate de observația conform căreia componenta genetică a somatotipurilor este mai evidentă decât a obezității. Astfel, **ectomorfismul** se află în corelație negativă cu obezitatea spre deosebire de **endomorfism** și **mezomorfism** care au o corelație pozitivă. Se estimează astfel că 2/3 din populația generală este predominant ectomorfă, fapt ce constituie un factor de protecție împotriva obezității în timp ce endomorfismul (care cunoaște un mod de transmitere mamă-fiu) și mezomorfismul (ce se transmite pe linia tată-fiică) ar favoriza apariția obezității.

În ansamblu, se poate considera că datele actuale asupra etiologiei obezității sunt nesatisfăcătoare, concluzia pe care ne-o oferă fiind aceea că din evantaiul cauzelor posibile, de la cele biochimice la cele genetice, contribuția fiecărui factor variază în funcție de grup sau de persoană. Se constată totodată că obezitatea este un fenomen multideterminat, complex, care necesită investigație multidisciplinară, colaborativă și concertată". (**E. M. Mitchell,** 1984, p. 139).

4.7.8. Teorii psihologice implicate în patogenia obezității clinice, premisă a abordărilor psihoterapeutice.

4.7.8.1. Teoria condiționării și pattern-ul alimentării. Teoria pavloviană a condiționării își păstrează, după o jumătate de secol , validitatea în privința procesului alimentării. Într-adevăr, mecanismele apetenței și sațietății în condiții fiziologice, ca și caracterul individual al sațietății (în funcție de o anumită ritmicitate sau volum al alimentării) readuc în patogeneza obezității teoria condiționării. Într-adevăr, **patternul** alimentar individual, sau de grup familial, implică o adaptare (ca stimuli condiționați) și factori umorali (ca stimuli necondiționați). Există experimente privind condiționarea "preferințelor" ca și a "aversiunilor" alimentare, ansamblul acestor fenomene de condiționare fiind denumit "**învățare alimentară**" (**A. J. Stunkard**, 1975, p. 774), ce implică anumite caracteristici, printre care menționăm:

- stimulul condiționat este constituit de calitățile sapide sau odorifice ale alimentelor;
- stimulul necondiționat este reprezentat prin starea generală a organismului în

timpul apetenței;

-învățarea se poate produce cu o "neobișnuită rapiditate" după numai câteva asocieri (sau chiar una singură) între stimulul condiționat și stimulul necondiționat;

- intervalele dintre stimulul condiționat și cel necondiționat poate fi de aproximativ 8-10 ore;

- aceste răspunsuri necondiționate sunt deosebit de rezistente la extincție.

În ceea ce privește problematica supraponderalității, se poate considera că scopul esențial al "învățării alimentare"este medierea sațietății. De fapt, "învățarea alimentară" ar putea constitui o punte între reglarea fiziologică, axată pe factori umorali, și încheierea ingestiei determinată de distensia gastrică. Pe baza acestor aserțiuni putem aprecia că o perturbare a învățării alimentare (ce poate avea loc și printr-o excesivă condiționare) stă la baza supraponderalității și a determinării obezității.

După cum există o condiționare selectivă ca și o condiționare aversivă, considerăm că în anumite circumstanțe se poate realiza o **condiționare patogenă**. Printr-o astfel de condiționare poate fi explicat **patternul alimentar** al unor **persoane care se supraalimentează seara**, al celor care **nu se mai pot opri din mâncat**, ca și al celor cu **hiperfagie episodică ciclică**. Această ecuație a condiționării are ca termeni:

- **factori externi** (ambianță, calități ale alimentelor, moment al zilei) ca excitanți condiționați și

- **factori interni** (o anumită stare afectivă sau constante biochimice) ca excitanți necondiționați.

Dintr-o astfel de perspectivă, foamea apare ca "un impuls învățat care este condiționat la o varietate de stimuli cognitivi, vizuali, olfactivi și auditivi" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 139).

Această sensibilitate pentru stimuli alimentari externi, denumită de unii clinicieni "externalitate", conform opiniei noastre se prezintă și ca o **condiționabilitate** (disponibilitate de condiționare) ea fiind întâlnită cu o mare incidență la persoane extravertite și supraponderale.

4.7.8.2. Perturbarea sațietății prin creșterea sensibilității la stimuli alimentari (teoria "externalității"). În contrast cu relativa nonresponsivitate față de stimulii fiziologici interni (gastrici) ai foamei, persoanele obeze manifestă o mare sensibilitate față de stimulii externi ai mâncatului. Această supoziție psihopatogenetică a obezității, cunoscută în studiile de specialitate sub denumirea de "modelul externalității" pornește de la aserțiunea conform căreia "comportamentul alimentar al persoanelor obeze este relativ nelegat de nici o stare a viscerelor, ci este, în mare măsură, sub control extern: mâncatul este inițiat și terminat de stimuli externi organismului" (**S. Schachter**, 1971, p. 149). Printre aceștia se menționează: accesibilitatea mâncării, prezentarea ei, palatilitatea alimentelor (ansamblu de caracteristici fizice printre care consistența și sapiditatea), o anumită oră din zi sau ambianța în care sunt servite etc. Cu alte cuvinte, conform adepților teoriei externalității, persoanele obeze, într-o măsură mai mare decât cele normale, mănâncă mai mult dintr-o mâncare gustoasă, atrăgător prezentată, pusă la

îndemână și într-o ambianță familiară.

Fără îndoială că astfel de factori stimulează apetitul și ingestia (unor mari cantități de alimente) în general și nu numai a acelora care prezintă un exces ponderal. De altfel și adepții acestui model psihopatogenetic al obezității acceptă că "externalitatea poate fi o trăsătură mai generalizată, care apare în grade diferite, la o mare varietate de persoane" (**J. Rodin**, 1978, p. 75). Menționăm totodată faptul că unele evaluări asupra responsivității la diverși stimuli alimentari pe loturi de obezi și martori, nu sprijină teoria externalității.

În ultimii ani, au fost elaborate supoziții care încearcă să reconcilieze rolul factorilor externi cu al celor interni în obezitate. Astfel, se consideră că "**variabilele interne**" pot mări responsivitatea față de stimulii externi ai mâncatului fapt ce produce o activare crescută (**arousal**) care, la rândul său influențează stimulii interni (ex. secreția de insulină) care mențin apetitul și respectiv ingestia mâncării.

Din punctul de vedere al orientărilor terapeutice menționăm că în ciuda rezultatelor echivoce, "teoria externalității a avut o influență enormă asupra tratamentului persoanelor obeze, ducând la conceperea și implementarea unor strategii terapeutice, individuale și de grup" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 142) care urmăreau să micșoreze influențele externe asupra comportamentului alimentar și să mărească autocontrolul pacienților.

4.7.8.3. Supoziția psihanalitică asupra patogeniei obezității. Din perspectiva psihologiei dinamice clasice, obezitatea constituie un exemplu tipic de "**fixație**" sau de "**regresie**" la "**stadiul oral**" al dezvoltării insului. Altfel spus, pe baza experiențelor negative din primii ani ai existenței, persoana supraponderală a rămas cu o nevoie excesivă de stimulare orală. Mai precis, obezul prezintă "nevoi specifice" de activitate orală, iar mâncatul este cea mai evidentă dintre acestea.

Rolul mamei nu putea fi ignorat în această sofisticată și argumentată aplicare a psihanalizei. Astfel, în cadrul acelorași "prime experiențe de viață", ca răspuns la orice stres sau disconfort, copiii au fost "îndopați" de mamele lor spre a-și recăpăta echilibrul afectiv. În felul acesta, hrana a fost folosită ca mijloc de anulare a disconfortului psihic și respectiv ca o sursă de **eutimie**; treptat însă, prin inabilitatea mamei, hrana câștigă o poziție prioritară față de alte mijloace de reducere a **disforiei**. În opinia noastră, pe baza acestei condiționări timpurii, cel în cauză recurge la alimentare ori de câte ori se află într-o stare de anxietate, într-o situație stresantă, găsind în mâncat o sursă de securizare. Hrana devine astfel, prin condiționare, un răspuns pasiv, nonspecific, la orice stare afectivă negativă.

Pe baza unor supoziții psihanalitice mai noi, mama este și mai puternic implicată în patogeneza obezității. În această situație ar fi vorba de o mamă nevrotică ce tinde să-și supraalimenteze copilul datorită propriilor sale probleme. De fapt, așa cum consideră **Hilde Bruch** (1974), mama "simte o rejecție față de copil și încearcă să compenseze aceasta printr-o atitudine hiperprotectoare" ilustrată prin tendința de supraalimentare a copilului.

În aceste condiții, de anulare a oricărui disconfort prin supraalimentare, copilul pierde posibilitatea de discriminare între senzația de foame și stresul emoțional. Autoarea

a denumit această situație "**confuzie conceptuală**" pe care a corelat-o cu "deficite severe în sfera identității psihologice" și cu "sentimente de ineficiență personală" (**Hilde Bruch**, 1973).

Cu toate că abordează psihopatogenia obezității sub unghiuri variate, supoziția psihanalitică întâmpină rezerve din partea clinicienilor. Astfel, se consideră că "deși explicațiile sale sunt interesante și plauzibile, nu se poate spune că teoria psihodinamică ar fi adus o contribuție validă la explicația obezității" (**D. Griffiths**, 1981, p. 470).

Ca și în alte domenii ale patologiei, aserțiunile psihanalitice sunt prezentate într-o astfel de formulare încât nu permit un grad valid de confirmare sau de infirmare. Cu toate acestea unele critici se referă la metodologia observațiilor psihanalitice iar altele la conținutul lor. Astfel, **G. R. Leon** și **L. Roth** (1977) consideră că observațiile psihanalizei nu sunt bazate pe eșantioane reprezentative fiind, în plus, extrase din analiza unor pacienți obezi care au solicitat asistență psihiatrică. Pe de altă parte, considerăm că aserțiunea potrivit căreia mamele unui anumit număr de pacienți obezi au fost preocupate în mod excesiv de hrana copilului, nu confirmă teoria referitoare la "rolul mamei în etiologia obezității", ea fiind regăsită și în cazul altor entități clinice, precum și la copii care nu au prezentat obezitate.

4.7.8.4. Obezitatea ca reacție la stres. Deși de sorginte psihanalitică, această supoziție psihopatogenetică a obezității se află în antiteză cu teoria externalității. Cu toate acestea o anumită relație între starea emoțională și ingestia alimentară a fost subliniată de numeroși clinicieni. Se consideră astfel că în situații frustrante și psihostresante, ca și în stări tensionate, de incertitudine și insecuritate, un mare număr de oameni se alimentează în mod excesiv. Acest consum exagerat de hrană ar constitui expresia unei tendințe inconștiente de apărare față de stres-ul psihic și de amenințare. În plus, această excesivă alimentare, ar oferi impresia unui plus de certitudine și de tranchilizare.

Urmând acest raționament, a fost formulată supoziția că obezitatea ar constitui simptomul unei stări nevrotice sau al unei stări depresiv-anxioase. Așa cum s-a menționat, în această situație, mâncarea ar fi fost folosită ca mijloc de reducere a tensiunii și anxietății fiind investită cu o semnificație simbolică, în timp ce supraalimentarea ar constitui expresia unui mecanism de defensă.

La această interpretare empirică, în care se constată influența psihanalitică s-au adăugat rezultatele unor studii extensive, cu o metodologie riguroasă. Astfel, pe loturi de obezi, subiecți normali și pe subponderali supuși unor stresori variați (zgomote, sunete monotone, rezolvarea de anagrame) s-a constatat că obezii consumă o cantitate de lichide peste media lor individuală.

De asemenea, studii bazate pe autoevaluare subliniază că subiecții obezi mănâncă exagerat "în relație cu o mare varietate de stări emoționale". Tot astfel persoane obeze în stare de anxietate, când nu reușeau să-și clarifice conținutul temerii lor, consumau cantități crescute de alimente. Cu toate acestea, admițând că "multe persoane obeze mănâncă excesiv când au tulburări emoționale, ca și după aceea" se subliniază că "și persoanele

nonobeze relatează experiențe similare" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1876), ceea ce confirmă faptul că situațiile stresante determină un aport alimentar excesiv la un larg spectru de persoane.

4.7.8.5. Obezitatea, ca dependență alimentară de aspect toxicomanic. Trecând peste aserțiunea medicinei homeopate conform căreia "orice aliment constituie un toxic pentru organism", de unde necesitatea de a ne "intoxica" într-o măsură cât mai redusă, readucem în discuție o supoziție prin care am comparat, sub aspect etiopatogenic, obezitatea cu toxicomania (**G. Ionescu,** 1975, p. 112). Într-adevăr, obezitatea ca și toxicomania sau alcoolomania se caracterizează prin apetență excesivă și consum exagerat de alimente, respectiv de drog sau de alcool. Toate aceste trei condiții sunt caracterizate prin tendințe oroalimentare similare. Astfel, pentru obez, alimentul nu mai constituie un mijloc de acoperire a nevoilor energetice, ci obiectul satisfacerii unor tendințe psihologice care acționează dincolo de trebuința fiziologică.

Sub alt unghi, nu este vorba numai de satisfacerea senzației de foame ci de o aviditate psihologică pentru mâncare ce se manifestă și în afara acoperirii cerințelor alimentare fiziologice. Datorită acestei tendințe psihologice, obezul devine dependent de aliment așa cum este toxicomanul de drog sau alcoolicul de alcool. Deși acționează cu aceeași constanță în aceste trei condiții clinice (obezitate, alcoolomanie, toxicomanie), gradul apetenței și respectiv al dependenței este diferit nu numai de la un ins la altul ci și de la o condiție la alta, urmând o anumită progresivitate, de la supraponderalitate la toxicomanie.

Un argument al acestei dependențe constă în faptul că tratamentul obezității întâmpină aceeași rezistență și se soldează cu eșecuri asemănătoare celor întâlnite în terapia alcoolismului sau toxicomaniei. Asemenea alcoolicilor sau toxicomanilor, obezii pot fi caracterizați prin aceeași "rea voință" și inautenticitate, prin gradul înalt de disimulare în recunoașterea reală a cantităților de alimente ingerate cotidian, ca și prin nerespectarea regimului de abstinență, perpetuând o autoamăgire ce ilustrează gradul înalt de dependență. Din acest punct de vedere se apreciază că doar "50% dintre pacienți recunosc cât mănâncă și satisfacția pe care le-o dă alimentația" (**O. Fodor, V. Cosma**, 1973, p. 981).

Alt argument al dependenței toxicomanice a obezului constă în apariția fenomenologiei clinice de sevraj la reducerea sau mai ales la oprirea aportului alimentar. Astfel, conform observațiilor noastre, pe loturi comparative, apariate, de obezi și nonobezi, la numai opt ore de la ultima ingestie alimentară, obezii prezentau amețeli, tulburări vaso-motorii, reducere cu 20-30 mm. Hg. a tensiunii sistolice, irascibilitate, anxietate, labilitate afectivă etc. Datorită acestor manifestări de sevraj, cura terapeutică a obezului trebuie să cuprindă pe lângă prescripția specifică și medicația tranchilizantă, ca și terapia psihologică.

4.7.8.6. Asupra pattern-ului de personalitate în obezitate. Studii psihologice efectuate cu aproape douăzeci de ani în urmă, bazate pe ample chestionare de personalitate, au prezentat în obezitate anumite trăsături pe care cercetătorii respectivi le considerau

caracteristice. În plus, s-a constatat că aproximativ 2/3 dintre obezi prezintă "tulburări emoționale", susceptibile de a "declanșa supraalimentarea". Dacă această a doua observație a fost în mod constant confirmată și argumentată, problema trăsăturilor specifice de personalitate este controversată și chiar contestată.

Astfel, unii clinicieni subliniază că spre deosebire de cei normoponderali, "subiecții obezi sunt mai distractibili, mai responsivi la stimuli emoționali, mai responsivi la parcurgerea timpului și au o mai slabă toleranță la frustrație" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 142). S-a consemnat de asemenea că aceste caracteristici comune sunt reprezentate fie prin anumite trăsături dinamice, fie prin diferite "tipuri de tendințe la răspuns". Pe de altă parte, folosindu-se **chestionarul de personalitate Eysenck** s-a constatat că hiperfagia pare a fi corelată cu scoruri înalte la nevroticism.

Numeroase alte studii nu au confirmat însă observațiile de mai sus, autorii lor manifestând rezerve atât în privința trăsăturilor comune de personalitate a obezilor cât și în privința omogenității lor ca grup psihologic. Astfel, **G. R. Leon** și **L. Roth** (1977), în urma unor studii minuțioase constată că "există foarte puține caracteristici de personalitate unice persoanelor obeze". Totodată, ei menționează că în ciuda teoriei, cercetarea obiectivă "nu a reușit să demonstreze că obezii alcătuiesc un grup omogen", că "nu poate fi descris un tip obez definit prin caracteristici psihologice specifice". Într-adevăr, se pare că majoritatea studiilor moderne converg spre opinia conform căreia "concepția că persoanele obeze au un pattern de personalitate specific, nu mai este susținută" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1878).

Sub unghi etiopatogenic se consideră că chiar dacă s-ar demonstra existența unor caracteristici comune în obezitate, acestea nu pot fi considerate cauza obezității, ci mai degrabă consecințele acesteia.

4.7.9. Corelații și complicații somatice și psihice ale obezității clinice. După cum s-a putut constata din paragrafele referitoare la etiopatogenie, obezitatea nu este o condiție unitară nici sub aspectul pattern-ului de personalitate și nici din punctul de vedere al dereglărilor metabolice, al perturbărilor biochimice sau al datelor genetice. Datorită caracterului plurifactorial al etiologiei sale, considerăm că obezitatea nu este o entitate nosografică, ci un ansamblu nosografic, în cadrul căruia fiecare subgrup cunoaște o sorginte etiopatogenică specifică. Cu alte cuvinte, factorii care determină și controlează conduita alimentară nu sunt generali, ci au o specificitate subgrupală și chiar individuală, în funcție de particularități biochimice și psihologice particulare sau specifice.

Refuzându-i-se statutul de entitate nosografică, obezității i se oferă rolul condiției de fundal, susceptibilă de a favoriza (sau, în opinia altor clinicieni a determina) apariția altor boli, dintre care unele redutabile, cu reală amenințare ad vitam. Din această perspectivă obezitatea este "o gravă problemă de sănătate și în mod justificat considerată cea mai mare cauză de deces" (**A. J. Stunkard**, 1975, p. 777). Problemele aflate actualmente în discuție sunt de a clarifica:

- în ce măsură rata înaltă a decesului este determinată de obezitate per se sau de bolile corelate acesteia;

- dacă bolile corelate cu obezitatea sunt determinate de aceasta sau numai contingentele obezității.

Răspunsul la aceste două probleme nu poate fi formulat în mod elocvent dar analiza raporturilor de cauzalitate între obezitate și afecțiunile clinice corelate poate oferi o imagine orientativă clinico-terapeutic.

Există studii conform cărora obezitatea este considerată drept cauză a diabetului, hipertensiunii arteriale, cardiopatiei ischemice. Pe de altă parte, prin studii multivariate s-a constatat că aceiași factori predispozanți (din mediu și genetici) pot determina atât obezitatea cât și diabetul, hipertensiunea sau cardiopatia ischemică.

În opinia noastră obezitatea este o boală cu etiologie plurifactorială, a cărei evoluție cronică dezvoltă (în funcție de potențialul genetic sau particularitățile metabolice) relații de condiționare sau de determinare, cu alte afecțiuni clinice cărora le imprimă o evoluție nefavorabilă. O privire succintă asupra acestor relații va aduce clarificări asupra ratei înalte a mortalității ce apare în condițiile obezității.

Diabetul este înscris în etiologia obezității ca un factor important; astfel, unii clinicieni consideră că asocierea dintre supraponderalitate și diabet "a fost bine stabilită" în timp ce alții consideră că numai "jumătate din supraponderali devin diabetici".

Pe de altă parte se știe că reducerea ponderalității scade probabilitatea apariției diabetului. Tot astfel s-a constatat dispariția modificărilor metabolice ale persoanelor supraponderale atunci când greutatea lor revenea la normal. De asemenea se apreciază că 75% din persoanele ce prezentau diabet (cu debut la vârsta adultă) și obezitate puteau renunța la medicația antidiabetică odată cu revenirea la normo-ponderalitate.

Hipertensiunea arterială a fost în mare măsură asociată cu obezitatea, corelația celor două condiții întâlnindu-se într-un procent de 48% (**C. Dumitrescu, N. Mihalache,** 1981). De asemenea s-a raportat că aproximativ 60% din hipertensivii obezi revin la valori tensionale normale după reduceri semnificative ale ponderalității (**W. B. Kannel** et al., 1970). Cu toate acestea unele studii ilustrează că atunci când obezitatea este constantă, cele două condiții prezintă o slabă corelație. În același sens se argumentează că reducerea valorilor tensionale (la obezii hipertensivi) odată cu scăderile ponderale se datorește mai ales scăderii clorurii de sodiu din alimentație (odată cu reducerea acesteia) decât revenirii la normo-ponderalitate.

Cardiopatia ischemică, invocată drept pericol major al obezității este considerată de mulți clinicieni, o consecință a acesteia. Există însă numeroase studii care nu confirmă strânsa corelație a celor două condiții și cu atât mai puțin raporturile de cauzalitate dintre ele. Astfel, dacă se exclude hipertensiunea arterială și nivelul crescut al lipidelor plasmatice, obezitatea rămâne un foarte slab predictor al bolii coronariene (**E. W. Simborg**, 1970). De asemenea, obezitatea nu este mai predictivă pentru boala cardiacă decât fumatul, hipertensiunea arterială, colesterolul și vârsta (**A. Keys** et al., 1972). Cu toate acestea, tot **A. Keys** (1970) într-un studiu extensiv, pe diverse grupuri socio-culturale efectuat în șapte țări, conchide că deși boala coronariană este slab corelată cu obezitatea, ea rămâne strâns corelată cu conținutul de acizi grași saturați din dietă.

Subliniem însă că în ciuda acestor slabe corelații între boala coronariană și obezitate, este axiomatic faptul că supraponderalitatea și cu atât mai mult obezitatea, corelează în mai mare măsură cu perturbări metabolice (hiperinsulinism, hiperglicemie, hipergliceridemie) care sunt puternic implicate în patogenia bolii arteriosclerotice.

Complicații somatice și biochimice ale obezității clinice. Printre primele complicații ale obezității sunt cele respiratorii. Astfel, stratul de țesut adipos care înconjoară toracele ca și presiunea intraabdominală care se exercită asupra diafragmului determină limitarea excursiilor toracice și a capacității respiratorii. Ca rezultat, dispneea apare după eforturi reduse, uneori minime iar capacitatea de efort scade considerabil. În obezități masive hipoventilația alveolară determinată de scăderea amplitudinii mișcărilor respiratorii antrenează hipercapnie, hipoxie cu somnolență consecutivă, realizând **sindromul Pickwick.**

Artrozele și spondilozele, ca și reumatismul cronic degenerativ prezintă o înaltă corelație cu obezitatea care le generează prin tulburările sale metabolice (**I. Pavel, D. Sdrobici, C. Dumitrescu**, 1967). Dacă boala artrozică pare a fi influențată de obezitate pe linia etiologică, la rândul ei, obezitatea, este favorizată de afecțiunea artrozică, pe cale conjuncturală, prin limitarea activității și a consumului energetic. Sunt prezente totodată **dureri lombare** și ale **membrelor inferioare** care pot fi o consecință a **osteoartritei** genunchilor și gleznelor. Calusuri variate la oasele membrelor inferioare dar și la nivelul centurii scapulare, completează tabloul complicațiilor ortopedice.

Hipomenoreea, bradimenoreea și amenoreea sunt frecvent întâlnite chiar în cazuri moderate de obezitate. Înalta lor corelație este explicată prin "disfuncții ale centrilor hipotalamici care secretă factorii de eliberare gonadici". Acești centri, hipotalamici, vecini cu cei ai compartimentului alimentar ar putea fi influențați de cauze comune astfel încât "amenoreea și hiperfagia" ar avea la bază aceleași "tulburări psihoafective care influențează funcția hipotalamică" (**C. Dumitrescu**, 1986, p. 783). Se pare însă că primul element al relației îl constituie obezitatea care ar favoriza amenoreea; astfel, reducerea supraponderalității ar echilibra funcția ovariană în timp ce normalizarea acestei funcții nu poate influența obezitatea.

Bun izolator de căldură, țesutul adipos subcutanat favorizează **hiperhidroza**, pielea persoanelor obeze fiind în general caldă și umedă. Unele afecțiuni cutanate, ca **intertrigo și ichtioza**, sunt favorizate de hiperhidroza ce apare la cele mai mici eforturi.

Prin perturbarea circulației venoase pot apare edeme ale membrelor inferioare.

Complicațiile biochimice ale obezității apar mai relevante în timpul dietelor severe sau a postului când se notează **toleranță scăzută la glucoză** și chiar **hiperglicemie**. Se remarcă de asemenea **nivele crescute ale insulinei** ce reflectă rezistența țesuturilor față de metabolizarea carbohidraților, precum și **creșterea lipidelor plasmatice** (trigliceride și colesterol). Subliniem faptul că atât complicațiile biochimice cât și cele somatice sunt susceptibile de o rapidă remitență odată cu reducerea supraponderalității.

Sindroame psihopatologice pe fondul obezității clinice. Cu toate că supoziția unui pattern al personalității obezului nu a fost decât parțial confirmată, observația clinică

relevă faptul că persoanele obeze dezvoltă, cu o incidență remarcabilă, anumite stări sau sindroame psihopatologice. Pentru a argumenta această observație este necesar să precizăm că în "sindroamele psihopatologice" întâlnite în obezitate noi înscriem: sindromul hiperfagiei nocturne, sindromul ingestiei compulsive și sindromul dismorfofobic al obezilor. Acestea nu cuprind însă elemente de psihopatologie majoră astfel încât, nu putem considera că obezitatea oferă teren prielnic dezvoltării tulburărilor psihice în mai mare măsură decât alte afecțiuni somatice. De asemenea, investigații psihologice, prin aplicarea unor scale de personalitate (**T. Silverstone**, 1974) atestă faptul că persoanele obeze nu sunt mai nevrotice decât grupurile martor. Pe de altă parte nu trebuie confundată starea nevrotică, a cărei expresie clinică (în opinia psihanalizei) este obezitatea, cu manifestările psihopatologice determinate de aceasta.

Sindromul hiperfagiei nocturne. Constituit dintr-un pattern anormal și stereotip al ingestiei alimentare, acest sindrom este caracterizat prin inapetență (sau chiar anorexie) matinală compensată de hiperfagie vesperală și nocturnă cu tulburările de somn inerente. Se întâlnește mai ales la femeile obeze, într-un procent de aproximativ 10% și se consideră că este determinat de situații frustrante și psihostresante. Menționăm însă că unii autori caută să estompeze specificitatea sindromului precizând că el apare la un larg spectru de persoane cu supraponderalitate variabilă. Odată instalat, el se manifestă cu o constanță remarcabilă, persoanele respective dezvoltând concomitent "un sentiment de culpabilitate și jenă". Încercările de tratament al obezității în prezența acestui sindrom se soldează cu eșecuri, ele "precipitând chiar tulburări psihice mai severe" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1878).

Sindromul ingestiei compulsive. Este caracterizat prin ingestia rapidă, compulsivă, a unei mari cantități de mâncare, în timp foarte scurt, într-o stare de neliniște și grabă, sindromul fiind urmat, de un sentiment de culpabilitate. Fără a avea ritmicitatea sindromului hiperfagiei nocturne, ingestia compulsivă este mai net determinată de situații psihostresante, care trebuiesc rezolvate înainte de instituirea propriu-zisă a tratamentului obezității.

Sindromul dismorfofobic al obezilor. Este distinct de cel din schizofrenie unde, de fapt, nu este vorba de o fobie ci de o convingere delirantă privind modificarea unor segmente sau zone corporale. Sindromul apare mai ales la cei care au obezitate din copilărie, într-un procent de aproximativ 50%. Am denumit astfel tulburările imaginii corporale ale acestor obezi întrucât, sindromul se caracterizează prin impresia celor în cauză că au un corp diform, greoi sau chiar grotesc, alături de teama că sunt ținta ironiei, compătimirii sau ostilității celorlalți.

4.7.10. Evoluția progresivă a obezității clinice și necesitatea susținerii psihoterapeutice. Expectațiile pacienților asupra evoluției obezității sunt disproporționat de optimiste față de posibilitățile reale ale persoanelor în cauză , dar și ale științei medicale. Astfel, multă vreme după apariția supraponderabilității persoanele respective consideră că revenirea la normoponderabilitate este facilă, fiind vorba doar de o reducere a consumului alimentar, pe care-o amână indefinit. Fără îndoială convingerea pacienților

că nu sunt depășiți sub aspectul posibilităților voliționale în ceea ce privește controlul stării ponderale, stă la baza noncomplianței la terapie a persoanelor obeze.

Contrar acestor expectații optimiste, al căror caracter empiric le situează în afara datelor științifice și observațiilor clinice curente, "evoluția obezității tinde spre progresie inexorabilă" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1878).

Evoluția este cu atât mai severă când obezitatea a apărut în copilărie și nu s-a remis la adolescență, situație în care manifestă "o tendință marcantă de a persista în viața adultă" (**S. Abraham**, et. al., 1971). Totodată, cu avansarea în vârstă, incidența obezității crește, ea fiind de trei ori mai frecventă decât la adultul tânăr. La aceasta trebuie adăugat faptul că odată cu vârsta, cantitatea de grăsime din corp crește chiar atunci când cifra ponderalității rămâne constantă.

Spre deosebire de evoluția obezității care a fost subestimată și minimalizată, prognosticul a fost exagerat, fiind totodată acreditat exclusiv-negativ. Această sumbră apreciere s-a bazat pe datele formale de morbiditate și mortalitate din rândul persoanelor obeze, date care erau influențate de afecțiunile asociate (diabetul, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială etc.). Excluzându-le, prognosticul obezității **per se** este incomparabil mai bun. De aceea, în obezitatea necomplicată, neasociată cu alte boli, ținând seama de efectele negative ale reducerii ponderabilității se va aprecia și oportunitatea ajutării pacientului în vederea acceptării ca atare a greutății.

Speranța de viață a persoanelor obeze. Există un consens al clinicienilor asupra faptului că rata deceselor persoanelor obeze este mult mai mare decât a loturilor martor. Mai mult, studiile atestă că această rată crește proporțional cu gradul obezității și cu durata ei în cursul vieții adulte. (**W. B. Kannel** et. al., 1970). Sub alt unghi, se subliniază faptul că rata deceselor subite ca și a celor prin boli asociate este semnificativ mai mare la obezi decât la normoponderali. Totuși, corelația ratei mortalității cu obezitatea prezintă un grad mai înalt de validitate pentru obezii tineri decât pentru cei vârstnici (**J. N. Morris**, 1976), a căror înaltă mortalitate trebuie interpretată prin prisma afecțiunilor asociate. De fapt, speranța de viață a persoanelor obeze nu depinde atât de obezitate, cât de gradul de severitate al bolilor corelate.

4.8. Abordări psihofarmacologice și psihoterapeutice utilizate în limitarea și reducerea obezității clinice.

Tratamentul obezității este surprinzător de dificil, iar rezultatele sale sunt într-adevăr descurajatoare. Cazurile frecvente de recidivă, gradul înalt de complianță, ca și acreditarea univoc-negativă a rezultatelor terapiei ne determină să comparăm, sub aceste aspecte, obezitatea cu alcoolismul și toxicomania, condiții medicale cronice, dominate de oralitate și pulsiune spre ingestie. După cum am menționat și în alt context, "tratamentul obezității întâmpină aceeași rezistență și se soldează cu eșecuuri asemănătoare cu acelea din alcoolism sau din toxicomanie" (1975, p. 112).

Imaginea, pe care o considerăm edificatoare, a rezultatelor terapiilor obezității

este exprimată printr-o mai veche aserțiune, constant reluată și pe deplin actuală; conform acesteia, "majoritatea persoanelor obeze nu solicită tratament pentru obezitate; dintre cei care se supun tratamentului, majoritatea nu scad semnificativ în greutate, iar dintre cei care reușesc să scadă în greutate, majoritatea se îngrașă din nou" (**A. J. Stunkard, 1980, p. 1878**).

Această rezistență, parțial conștientizată la terapie ca și slabele rezultate ale acesteia au dus la concluzia că obezitatea este o condiție metabolică și comportamentală cronică, rezistentă la tratament, cu evoluție progresivă și cu o predispoziție constantă de revenire la **status**-ul ponderal anterior instituirii terapiei.

Numeroasele eșecuri, ca și slabele rezultate înregistrate în tratamentul obezității au fost parțial explicate prin faptul că s-a încercat instituirea unui "model medical tradițional" în care "un medic autoritar" prescrie dieta și medicația de suprimare a apetitului. Aceste mijloace terapeutice, predominant biologice erau întotdeauna episodice, ignorându-se un aspect esențial al obezității, acela al evoluției sale cronice. În aceste condiții încheierea terapiei (ceea ce constituia de fapt o etapă terapeutică) era sinonimă cu pierderea relației medicale și cu revenirea la vechile **status**-uri ponderale.

Alte opinii, însă, explică eșecurile terapiei obezității prin faptul că "nu există niciun tratament cu eficiență generală" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1878) diferitele procedee obținând doar o ameliorare parțială. Acest fapt aduce în discuției problema orientării etiologice a mijloacelor terapeutice care, în domeniul obezității rămâne încă un deziderat, întrucât "cel puțin până în momentul de față, factorii biologici par să fie în afara controlului nostru ... terapeutul având sarcina de a schimba acele aspecte ale vieții și mediului pacientului care pot fi schimbate, recunoscând că numai vârful **iceberg**-ului poate fi tratat" (**R. B. Stuart** et. al, 1981, p. 333).

4.8.1. Terapia psihofarmacologică (o speranță amânată) în obezitatea clinică. Înalt investită, nu atât de către medici cât mai ales de pacienți, terapia medicamentoasă s-a dovedit a fi periculoasă sub aspectul consecințelor. Ca și cu un deceniu în urmă, când ignorându-se urmările, se afirma că "tratamentul farmacologiç eficient al obezității se bazează pe amfetamine" (**A. J. Stunkard**, 1975, p. 780), și acum, aceste consecințe negative, în esență addictive, ale noilor medicamente, sunt minimalizate sau negate.

Desigur, grupa cea mai importantă a medicamentelor anorexigene, aceea a amfetaminelor, pune cele mai serioase probleme, cu cât sunt mai larg administrate, fără o recomandare medicală. În primul rând, amfetaminele dezvoltă toleranță, în sensul că efectul inițial scade treptat și, pentru a fi reeditat este nevoie de mărirea progresivă a dozelor. Totodată, în doze moderate ele determină efecte secundare ca vertij, uscăciunea gurii sau tulburări ale dispoziției. Datorită pericolului dependenței, determinat de potențialul lor addictiv, în unele țări s-a impus limitarea sau interzicerea prescrierii amfetaminelor. De fapt, așa cum se subliniază în multe studii de specialitate, valoarea limitată și tranzitorie a amfetaminelor în tratamentul obezității este mult depășită de pericolul toxicomaniei.

Menționăm totodată faptul că potențialul toxicomanic al amfetaminelor găsește în

domeniul obezității teren favorabil de manifestare întrucât persoanele respective sunt marcate de un grad variabil de labilitate afectivă care favorizează decompensarea addictivă.

Hormonii tiroidieni, respectiv tiroida și analogii săi, înregistrează o restrângere a prescrierii și utilizării, pe măsura progreselor în etiologia obezității. Actualmente, ei sunt utilizați numai în obezitatea însoțită de mixedem, respectiv "la acei pacienți care prezintă o reducere semnificativă a ratei metabolismului, în condițiile unei diete sever hipocalorice" (**G. A. Bray**, 1975, p. 4).

Gonadotropina corionică nu și-a justificat utilizarea, slabele rezultate obținute fiind datorate dietei hipocalorice severe, concomitente. De fapt, studii controlate, efectuate în ultima vreme, au constatat ineficiența acestei medicații în tratamentul obezității.

În ultimul deceniu, locul amfetaminelor a fost luat de alte substanțe anorexigene, printre care: **fenfluramină (pondimin)**, **mazindol (sanorex)**, **dietilpropiona (silutin)** etc. Se subliniază că spre deosebire de amfetamine "ele nu au un potențial addictiv" (**A. J. Stukard**, 1980, p. 1879). Într-un studiu efectuat asupra mazindolului în patru clinici, **B. R. Walker** et. al., (1977) constată, în toate, o scădere ponderală semnificativă mai mare decât la subiecții care au primit placebo".

Cu toate că cercetările clinice și farmacodinamice asupra acestor medicamente sunt relativ reduse, o revistă a literaturii efectuată de **G. A. Bray** (1976) exprimă o concluzie prudentă, în sensul că "cel puțin unele dintre efectele posibile atribuite medicației sunt explicate printr-o anumită expectație a pacienților". În plus, autorul prezintă și o sistematizare a efectelor secundare ale acestor medicamente printre care notează: o ușoară stimulare a sistemului nervos, o stimulare a sistemului cardiovascular cu tendința la creșterea tensiunii arteriale, tahicardie, insomnie, amețeli, uscăciune a gurii etc.

Din datele actuale se poate reține faptul că și aceste noi anorexigene, ca și amfetaminele sau substanțele hormonale au efecte limitate și pasagere, "scăderea ponderală indusă medicamentos nefiind menținută în timp" (**R. B. Stuart** et. al., 1981, p. 339). Pe de altă parte, așa cum recomandă concluziile **Confederației Internaționale asupra Obezității**, "un medicament care suprimă apetitul trebuie folosit numai ca parte a unui tratament, niciodată ca unică terapie și numai împreună cu eforturi adecvate de dietă și exercițiu fizic" (**G. A. Bray**, 1975, p. 3).

În ansamblu, se poate afirma că "deși terapia farmacologică a obezității a fost recent profund modificată" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1897), pierderea ponderală obținută prin medicamente este rapid recâștigată, iar efectele lor negative, ca și consecințele tardive (hepatice și toxicomanice), subminează avantajele obținute prin alte mijloace terapeutice.

4.8.2. Terapia psihologică în obezitatea clinică. Dezinvestirea altor mijloace terapeutice, în special chirurgicale și farmacologice a determinat aplicarea pe scară largă a terapiilor psihologice. Menționăm însă, că nici în acest domeniu, al psihoterapiilor, rezultatele nu au fost pe măsura speranțelor, constatările negative fiind comparabile cu

acelea ale altor mijloace terapeutice. Totuși, aceste rezultate global-nesatisfăcătoare, trebuie privite cu oarecare nuanțare, în funcție de metoda utilizată, având astfel posibilitatea de a face o mai corectă evaluare. Astfel, s-a constatat că o psihoterapie empirică, precum și o metodă foarte elaborată cum este psihoterapia psihanalitică nu au obținut bune rezultate în obezitate, în timp ce terapia comportamentală s-a dovedit cea mai eficace în orice supraîncărcare ponderală.

De asemenea, și aici este necesară o diferențiere între rezultatele imediate și cele realizate "pe termen lung", singurele în măsură să valideze o metodă terapeutică. Astfel, într-un studiu privind aplixcarea psihoterapiei la copiii obezi, **J. Lloyd** (1974) a obținut pierderi ponderale la întregul lot în primul an de tratament, dar "după 9 ani, 80% dintre ei erau din nou obezi".

Cu toate aceste limite ale metodelor de psihoterapie în obezitate, ținând seama de faptul că prin toate celelalte mijloace terapeutice s-au obținut slabe rezultate, se apreciază că "orice ajutor terapeutic este binevenit, iar contribuția psihologiei la reducerea obezității este considerabilă" (**D. Griffiths**, 1981, p. 469).

4.8.2.1. Psihoterapia psihanalitică în obezitatea clinică. Analiza rezultatelor psihoterapiei psihanalitice în reducerea obezității clinice ne determină la o exprimare asertivă conform căreia, obezitatea testează caracterul fantezist al psihanalizei. Într-adevăr, explicația psihodinamică a obezității este nu numai plauzibilă, dar și coerentă, argumentată, persuasivă și ocupă un loc central în ansamblul supozițiilor etiopatogenice ale obezității. Cu toate acestea, "dezvăluirea cauzelor inconștiente ale supraalimentării" nu-l pot face pe obez să nu mai recurgă la această "formă simbolică" de răspuns la insecuritate, anxietate și conflict, iar "la câțiva ani după o psihoterapie psihanalitică reușită, persoanele care se supraalimentau sub stres, continuă să procedeze la fel" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1880); față de aceste slabe rezultate ale psihoterapiilor dinamice, "analiștii înșiși sunt sceptici în legătură cu eficiența lor" (**Ibidem**). Ca o concluzie asupra rezultatelor în acest domeniu **G. R. Leon** (1976) afirmă că "în general lipsesc dovezile cu privire la eficiența tratamentului bazat pe teoria dinamică în reducerea greutății și în tratamentul obezității".

Cu toate aceste aprecieri negative, există și studii care caută să acrediteze o opinie mai optimistă asupra rezultatelor psihoterapiei dinamice în obezitate. Astfel, **C. S. W. Rand** și **A. J. Stunkard** (1978) au alcătuit un eșantion de 87 pacienți, femei și bărbați, tratați pentru obezitate de un număr de 78 psihanaliști. Autorii afirmă că au obținut "scăderi ponderale mai mari decât cele obținute prin alte metode". Analizând însă datele, constatăm că acestea nu justifică optimismul aserțiunii întrucât, după trei ani și jumătate de tratament, scăderea ponderală medie a fost de 9,5 kg ceea ce înseamnă aproximativ 3 kg pe an. Conform calculelor noastre această reducere ponderală ar fi putut fi obținută (la aceiași parametri ai aportului și consumului caloric), cu urcarea, zilnică, pe scări, a unui singur etaj, deși este adevărat, procedeul nu poate fi eșafodat de o teorie atât de acreditată și persuasivă ca în cazul psihoterapiei psihanalitice.

Se subliniază însă că două sindroame psihopatologice din cadrul obezității clinice

"pot constitui indicații specifice pentru psihoterapia dinamică" (**A. J. Stunkard**, 1978, p. 782). Este vorba de "sindromul hiperfagiei compulsive" și "sindromul dismorfofobic"; ele "nu au putut fi influențate prin alte forme de tratament care să ducă la reducerea greutății", dar prin psihoterapie psihodinamică "ambele au fost tratate cu succes și cu scăderi ponderabile durabile" (**Ibidem**). Precizăm însă faptul că:

- cele două condiții sunt "sindroame psihopatologice" și ca atare nu puteau fi influențate decât de psihofarmacologie sau de psihoterapie și în nici un caz "de alte tratamente de reducere a greutății";
- tratând cele două sindroame psihopatologice care, sub unghiuri diferite, se înscriau în etiopatogenia obezității, este de la sine înțeles că în aceste condiții, obezitatea a fost influențată favorabil și "durabil".

Cu alte cuvinte, cazurile de obezitate tratate cu succes prin psihoterapie psihanalitică erau de sorginte psihopatogenetică ceea ce explică rezultatele favorabile obținute prin terapia psihologică ca dealtfel și prin abordarea psihofarmacologică.

4.8.2.2. Terapia comportamentală - metodă psihologică de elecție în obezitatea clinică. Ceea ce limitează rezultatele terapiilor chirurgicale și farmacologice este caracterul lor pasiv, faptul că ele nu solicită participarea activă a insului în menținerea tratamentului. Această solicitare a subiectului, de angajare în procesul terapeutic, este foarte investită în tratamentele psihologice și cu atât mai mult în terapiile comportamentale ale exceselor ponderale. Pe de altă parte, slabele rezultate obținute prin aplicarea altor metode de psihoterapie a determinat reexaminarea comportamentului persoanelor obeze și elaborarea unor principii de terapie comportamentală.

Introdusă "cu 10 ani în urmă în tratamentul obezității" (**A. J. Stunkard**, 1980, p. 1880) terapia comportamentală a cunoscut o largă răspândire, fiind acreditată cu cele mai încurajatoare perspective, deși, până acum, "marile sale promisiuni au fost imperfect realizate" (**ibidem**). Aplicată în principalele domenii clinice medicale, se considera că "obezitatea oferă o măsură concretă a eficienței intervenției comportamentale" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 143).

Terapia comportamentală pornește de la principiul că între ins, conduita sa și mediul său, există o strânsă interacțiune. Pe baza ei, terapia comportamentală elaborează etape de intervenție și programe de comportament. Astfel, în prima etapă a terapiei are loc o analiză a stimulilor care provoacă comportamentul, iar în cea de-a doua, o acțiune asupra consecințelor acestui comportament. Precum se știe din analizele psihologice, unele persoane sunt mai sensibile la stimuli alimentari în timp ce altele se supraalimentează într-o anumită corelație cu factori afectiv-negativi. Pe de altă parte s-a constatat că la numeroase persoane obeze, mâncatul este urmat de reducerea tensiunii și anxietății. Ca atare, aceste schimbări afective, obținerea unor stări psihice pozitive, acționează ca recompense, ca întăriri ale comportamentului alimentar.

Există numeroase programe comportamentale privind tratamentul exceselor ponderale. Cele mai cunoscute sunt elaborate de **R. B. Stuart** și **B. Davis** (1978) care disting patru orientări în conținutul programelor:

* **Reducerea stimulilor alimentării** și efortul de a le face față, atunci când nu pot fi evitați. Aceasta implică identificarea stimulilor, îndepărtarea lor și dezvoltarea tehnicilor de control al efectelor acestor stimuli (relaxare, activitate etc.).

* **Schimbarea consecințelor supraalimentării.** Se realizează prin diverse tehnici; ex. în care pacientul își imaginează comentariile negative referitoare la **status**-ul său somatic, sau utilizarea de recompense care să gratifice comportamentul său dezirabil.

* **Expunerea la stimuli alimentari,** în condiții care împiedică răspunsul obișnuit (al ingestiei alimentelor).

* **Combinare a diverselor tehnici** (evitarea stimulilor alimentării, automonitorizarea, autoîntărirea etc.).

Toate aceste tehnici de control al conduitei alimentare, respectiv mijloacele de "automanagement" pot fi eficiente numai după înlăturarea sau diminuarea factorilor care stimulează supraalimentarea. Dacă aceasta se realizează prin utilizarea unor mijloace directe (cum se constată din programe), nu trebuiesc minimalizate nici "metodele de intervenție indirectă" care pornesc de la premisa că mâncatul este un răspuns al persoanei obeze la o anumită stare psihică sau psihofiziologică. Modificându-i pacientului această stare (ex. de disconfort afectiv), se poate realiza o diminuare a impulsurilor alimentare. În consecință, la fiecare persoană obeză se poate constata o relație evidentă între antecedente, comportament și consecințe.

Alt principiu al terapiei comportamentale constă în angajarea pacientului ca participant la procesul terapeutic, ca și la deciziile cu privire la scopurile și strategiile acestuia. Coparticipant la procesul terapeutic, medicul va aduce competența și tehnicile de modificare a comportamentului care sunt puse la dispoziția pacientului. Ca rezultat al acestei tranzacții, cei doi protagoniști ai actului terapeutic, colaborează la realizarea scopurilor stabilite în comun.

Schiță a unui program comportamental de reducere a excesului ponderal.

Orice program comportamental are termeni clar definiți și un demers contractual ce cuprinde:

- selecția și precizarea scopurilor (a numărului de kilograme ce trebuiesc eliminate) și a duratei programului;

- analiza pattern-ului alimentar al insului prin înregistrarea zilnică a cantității, timpului și circumstanțelor în care mănâncă. Utilitatea acestei evidențe constă în conștientizarea de către un pacient a cantităților ingerate, a vitezei cu care mănâncă și a situațiilor din mediu asociate cu mâncatul;

- identificarea stimulilor susceptibili de a determina ingestia, întrucât s-a constatat că supraponderalii mănâncă într-o mare varietate de locuri și la ore diferite în timpul zilei, locuri și momente ce devin stimuli discriminativi ai mâncatului;

- controlul stimulilor "discriminativi" prin restrângerea acestora la condițiile specifice (o anumită cameră și oră) și reducerea ritmului ingestiei (numărarea înghițiturilor etc.);

- reducerea situațiilor stresante corelate cu ingestia alimentară sau cu modificarea

dispoziției în urma ingestiei;

- automonitorizarea (jurnale ale pacienților asupra comportamentului alimentar și status-ului ponderal);

- prezența suportului social: monitorizarea progreselor din partea familiei și prietenilor care recurg la un sistem de recompense (întăriri).

Individualizarea programelor terapeutice este un alt mijloc de a favoriza succesul terapiei comportamentale. Așa cum s-a putut constata, factorii ingestiei excesive sunt diferiți după cum, diferită de la o persoană la alta este și supraalimentarea. Aceasta impune un efort de individualizare a programelor comportamentale (**G. T. Wilson**, 1979), care vor fi "adaptate scopurilor și posibilităților pacientului și nu concepției teoretice a terapeutului" (**R. B. Stuart, B. Davis**, 1978). Dar, deși teoria ce stă la baza modificării comportamentului recomandă ca tratamentul să fie în concordanță cu nevoile insului "majoritatea programelor supuse studiilor de evaluare au fost aplicate pe baza unor standarde de grup" (**D. Griffiths**, 1981, p. 478). Se subliniază în același timp faptul că individualizarea metodelor de tratament nu necesită o terapie individuală, realizarea ei fiind posibilă chiar în situații de grup, în care suportul celorlalți este folosit pentru a motiva pe fiecare să-și realizeze scopurile pe care și le-a propus în mod individual.

Includerea persoanelor semnificative în programele terapeutice s-a dovedit a fi un element important în creșterea eficacității programului. În felul acesta se poate realiza un mediu fizic și psihosocial ce favorizează schimbarea stilului de viață al pacientului, în vederea realizării, în perspectivă, a scăderilor ponderale. Conform acestor aserțiuni **G. T. Wilson** și **K. D. Brownell** (1978) consideră că includerea soțului în program ar contribui la îmbunătățirea rezultatelor. În același sens, monitorizarea socială și relațiile de ajutor ale colegilor au fost considerate de participanții la un program "ca cel mai valoros din cele 9 elemente ale programului" (**R. B. Stuart, C. Mitchell**, 1978). Menționăm însă că includerea în program a altor persoane impune realizarea, între acestea și pacient, a unei relații de cooperare, după care se trece la colaborarea privind schimbarea stilului de viață în scopul scăderii ponderale.

Rezultatele terapiei comportamentale în obezitate și în stările supraponderale. Înalt investită sub raportul eficienței și larg răspândită în practică, terapia comportamentală pare a se bucura de o apreciere generală în rândul clinicienilor.

Ca în orice altă metodă terapeutică, rezultatele sale sunt variabile, fiind influențate de numeroși factori printre care menționăm:

- tipul de populație a lotului cercetat,
- gradul excesului ponderal,
- mijloacele de evaluare a rezultatelor,
- competența și directivitatea terapeutului.

Sub acest aspect, al calității și competenței terapeutului în reușita programului terapeutic, un studiu realizat de **L. S. Levitz** și **A. J. Stunkard** (1974) este edificator. Autorii au comparat rezultatele obținute în patru grupe terapeutice în care se desfășura: a) terapie comportamentală condusă de un terapeut profesionist, b) terapie

comportamentală condusă de un lider de grup cu experiență, c) grup de sfaturi dietetice conferite de un lider de grup, d) grup cu program suportiv. S-a constatat că cele mai mari succese în scăderea ponderală și menținerea ei după 12 luni de urmărire au fost realizate de grupul comportamental condus de un terapeut profesionist.

Încă de la introducerea ei în practică, primele studii efectuate au consemnat că terapia comportamentală "este mai eficientă în scăderea ponderală și în menținerea ei decât psihoterapia individuală și de grup" (**J. P. Wollersheim**, 1970). Este adevărat că nici această metodă terapeutică nu a justificat înaltele speranțe cu care a fost acreditată și că "rezultatele obținute sunt suboptime" (**A. J. Stunkard** și **M. J. Mahoney**, 1976; **A. J. Stunkard**, 1978) dar, în ansamblu, datele finale sunt satisfăcătoare. Se subliniază astfel că deși schimbarea comportamentală nu produce scăderea ponderală cea mai rapidă și cea mai mare în timpul tratamentului activ, persoanele care au urmat aceste programe "sunt mai susceptibile de a-și menține scăderile ponderale realizate" (**G. T. Wilson**, 1979; **R. R. Wing** și **R. W. Jeffery**, 1979).

Cu toate diferențele înregistrate privind rezultatele terapiei comportamentale, există un consens al clinicienilor asupra unor aspecte ce ilustrează caracterul lor pozitiv și anume:

- se constată o mare variabilitate a scăderilor ponderale obținute prin tehnici comportamentale și nu există un mijloc sigur de predicție privind evoluția pacienților aflați în terapie;
- deși mai mari decât cele realizate prin alte mijloace terapeutice, scăderile ponderale obținute prin terapii comportamentale sunt modeste și de semnificație clinică limitată;
- cu toate că tind a fi recâștigate, pierderile ponderale realizate prin metode comportamentale pot fi mai bine menținute decât în cazul altor forme de tratament;
- totuși, față de alte mijloace terapeutice, recidivele, prin terapiile comportamentale au scăzut de la 75% la 10% (**A. J. Stunkard**, 1980);
- spre deosebire de rata înaltă (de 50%) a tulburărilor emoționale consecutive aplicării mijloacelor terapeutice tradiționale, aceasta a scăzut semnificativ prin terapii comportamentale iar unii clinicieni consemnează că nu există nici un fel de efecte secundare fizice (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 332);
- rezultatele obținute la pacienții care aveau obezitate cu debut juvenil sau în copilărie, au fost la fel de importante ca și la cei a căror obezitate a survenit la vârsta adultă;
- procedeele terapiei comportamentale sunt limpezi, clare, precise, caracterul directiv și nonconvențional oferind posibilitatea standardizării lor și a evaluării exacte a rezultatelor.

Extinderea programelor terapeutice pe toată perioada necesară atingerii greutății dorite stă la baza modificării stilului de viață al pacientului, modificare ce constituie chezășia obținerii unor rezultate notabile pe termen lung. Totodată, se impune modificarea conținutului tratamentului, în concordanță cu schimbarea stilului de viață al pacientului, pe măsură ce acesta se apropie de greutatea propusă.

Omologarea performanțelor prin ședințe suportive, când subiecții și-au atins greutatea propusă ori când au înregistrat rezultate semnificative este recomandată de unii clinicieni și pusă la îndoială de alții (**W. A. Ashby**). Sub acest aspect subliniem importanța contribuției grupului socio-familial în consolidarea și menținerea deprinderii de a mânca (chezășie a succesului de durată) și nu numai în privința scăderii ponderale imediate care s-a dovedit atât de frecvent efemeră.

Includerea terapiei comportamentale în alte tehnici de tratament al obezității este tot mai frecvent invocată în ultimii ani. Desigur, terapia comportamentală poate fi utilizată și în mod independent, situație în care este acreditată "cu o probabilitate foarte mare de a obține scăderi ponderale care pot fi menținute în timp" (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 337). Totuși includerea terapiei comportamentale în cadrul altor mijloace terapeutice oferă rezultate superioare întrucât "determină schimbări de stil de viață necesare controlului durabil al greutății" (**Ibidem**).

4.9. Analiza comparativă a eficacității abordărilor psihoterapeutice și psihofarmacologice utilizate în reducerea obezității clinice.

Există puține studii asupra aprecierii comparative a rezultatelor diverselor metode terapeutice aplicate în obezitate și fără îndoială că dificultățile metodologice împiedică astfel de analize. Pe de altă parte, datele obținute, greu pot fi comparate datorită lipsei de omogenitate a loturilor studiate sub majoritatea parametrilor necesari analizei. Totodată, analizele trebuiesc diferențiate sub aspectul duratelor întrucât, prin unele metode se obțin bune rezultate imediate (care sunt repede compensate) în timp ce prin alte metode, deși rezultatele imediate sunt slabe sau moderate, ele au o mai mare stabilitate. Astfel, comparând trei loturi de pacienți, care au urmat a) terapie comportamentală, b) terapie farmacologică și c) grup de control, pe o perioadă de patru luni, **L. E. Ost** și **K. G. Gotesman** (1976) constată că cei din grupul comportamental au obținut rezultate semnificativ mai bune decât cei din grupul de terapie farmacologică și desigur, față de grupul de control. La o nouă evaluare însă, efectuată la 12 luni de la încheierea terapiei, cele mai bune rezultate erau deținute tot de grupul cu terapie comportamentală, în timp ce grupul de control se prezenta mult mai bine decât grupul ce a urmat tratament farmacologic.

Într-o analiză comparativă, terapia farmacologică și-a arătat de asemenea, ineficiența. Astfel, comparându-se rezultatele: a)terapiei farmacologice, b) terapiei comportamentale, c) terapiei farmacologice asociată cu psihoterapie, d) terapiei farmacologice asociate cu terapia comportamentală, e) grup de control, pe o perioadă de 6 luni, s-au constatat următoarele rezultate: grupul cu terapie comportamentală a obținut rezultate mult mai bune decât grupul cu terapie farmacologică; adăugarea terapiei comportamentale sau a psihoterapiei la terapia farmacologică, nu sporește eficacitatea acesteia, rezultatele grupurilor c) și d) dovedindu-se inferioare celor obținute de grupul b) în care terapia comportamentală nu a fost completată cu medicație.

În ceea ce privește analiza comparativă a rezultatelor pe termen lung, aprecierile sunt și mai dificile decât în cazul rezultatelor imediate întrucât, deși menținerea scăderii ponderale este o problemă esențială în terapia obezității, cele mai multe studii nu sunt eșalonate pe termen lung și nu oferă date de urmărire. Astfel, se subliniază că "89% din studii nu prezintă date de urmărire ... iar cele care le abordează, le tratează în mod anecdotic și nu cu precizia prezentării datelor imediate" (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 328). Totuși, într-un studiu de urmărire asupra pacienților cu terapie comportamentală, (**R. B. Stuart** și **K. Guire**, 1979) constată că la 15 luni după atingerea greutății propuse, numai 24,6% (dintr-un grup de 721 femei) mai păstrau această greutate.

Referindu-se de asemenea le rezultatele pe termen lung ale tratamentului, cercetătorii mai consemnează că:

- pacienții tratați prin procedee chirurgicale au înregistrat cele mai mari pierderi ponderale, de-a lungul întregii perioade de urmărire;
- pacienții supuși dietei și terapiei comportamentale își mențin în cea mai mare măsură scăderile ponderale obținute la sfârșitul terapiei;
- pacienții care au urmat tratament farmacologic precum și cei care au fost supuși postului, câștigă în totalitate greutatea pierdută.

Fenomenul "atribuirii" rezultatelor, o supoziție în explicarea diferențelor între mijloacele terapeutice utilizate. După cum se poate constata din datele de mai sus, persoanele care au urmat tratament farmacologic recâștigă, de cele mai multe ori, pierderile înregistrate, în timp ce , acelea care au fost supuse terapiei comportamentale și-au menținut în cea mai mare măsură rezultatele. Această diferență este explicată prin faptul că în terapia prin substanțe farmacologice obținerea rezultatelor a fost "atribuită" acțiunii unei surse exterioare ceea ce diminuează încrederea pacientului în propriile sale posibilități. Dimpotrivă, în cazul terapiei comportamentale, pacientul face dovada forței sale voliționale; el contribuie la însăși metodologia propriului program, pe care-l consideră al său, și-l urmează cu convingerea că rezultatele vor fi rodul eforturilor sale, ele fiind "atribuite" în exclusivitate propriilor resurse voliționale.

Datorită fenomenului de "atribuire" constatăm, în terapia obezității unele fenomene particulare, probabil unice în cadrul farmacologiei clinice. Astfel, adăugând tratament farmacologic unor persoane aflate în terapie comportamentală sau în psihoterapie, nu vom constata o creștere a efectelor prin cumularea acțiunilor ci, dimpotrivă, rezultate mai slabe decât cele înregistrate de terapia psihologică singură; aceasta se datorește faptului că pacienții aflați în psihoterapie, atunci când primesc medicamente deplasează investițiile asupra acestora, minimalizându-și posibilitățile voliționale de vindecare.

4.9.1. Asupra rezultatelor terapiei combinate în obezitate. Fără îndoială că fenomenul "atribuirii", constatat în obezitate, are implicații mai extinse în terapeutică și ridică problema tratamentelor combinate, atât de înalt investite în clinică. De la început trebuie făcută precizarea că este vorba de natura mijloacelor terapeutice combinate în sensul că aici, nu abordăm (și nici nu negăm) efectul de potențare a doi agenți farmacologici, a căror acțiune farmacodinamică specifică este cunoscută ca fiind

cumulativă. Dimpotrivă, încercăm o succintă analiză a efectelor combinării dintre o substanță farmacologică și o metodă de terapie psihologică. O observație ilustrativă în acest sens, a fost oferită de un studiu care a comparat rezultatele înregistrate de 120 paciente obeze din trei grupe terapeutice și anume: a) paciente care au urmat terapie comportamentală, b) paciente tratate prin farmacoterapie (fenfluramină sau pondimin), c) paciente care au beneficiat de ambele modalități terapeutice, respectiv terapie comportamentală și farmacoterapie, d) grup de control. Analizându-se rezultatele înregistrate după 6 luni de tratament, precum și la un an după încheierea tratamentului s-a constatat că la prima analiză (după 6 luni), pacientele din grupele b și c (care au primit farmacoterapie și respectiv farmacoterapie și terapie comportamentală) au avut cele mai bune rezultate. La cea de a doua analiză însă, efectuată la un an și jumătate de la începerea tratamentului, cele mai bune rezultate erau înregistrate de grupa a), adică de pacientele care au urmat numai terapia comportamentală. Spre deosebire de acestea, pacientele grupului b), în care la terapia comportamentală s-a adăugat farmacoterapia, au avut rezultate mai slabe. Așa cum subliniază autorii, "adăugarea fenfluraminei la terapia de comportament, nu numai că nu a îmbunătățit efectele de lungă durată ale acesteia, dar în mod evident le-a compromis" (**Linda W. Craighead** et al., 1981, p. 766).

Această cercetare, care ridică problema fundamentală a scăderii eficienței rezultatelor prin combinarea terapiilor, ocazionează trei supoziții explicative:

Prima aduce în discuție "sentimentul de autoeficacitate" care trebuie să însoțească "autocontrolul comportamental" (**A. Bandura**, 1977). În cazul de față, adăugarea farmacoterapiei la terapia comportamentală, nu a permis dezvoltarea sentimentului de autoeficacitate, necesar autocontrolului comportamental. Totodată la suprimarea farmacoterapiei, pacienții, cu un slab sentiment de autoeficacitate, nu au mai putut face față pulsiunilor orale, de supraalimentare, ceea ce a dus la recâștigarea pierderilor ponderale.

A doua supoziție aduce în discuție ceea ce psihopedagogia a denumit "învățarea dependentă de stare". Aceasta constă în faptul că un comportament învățat în anumite condiții, este mai bine executat în acele condiții decât în altele. În cazul nostru pacienții care învață un comportament sub influențe farmacologice, prezintă dificultăți în menținerea lui în condițiile în care se suprimă influența farmacologică. Acest fapt este cu atât mai plauzibil, cu cât, în cazul de față intervenția farmacologică (prin acțiunea sa anorexigenă), a favorizat dezvoltarea și menținerea comportamentului de evitare și minimalizare a stimulării alimentare.

A treia supoziție pe care o denumim "psihofiziologică", are în vedere faptul că în cazul terapiei comportamentale concomitente cu terapia farmacologică, aceasta, anulând senzația de foame (prin acțiunea sa anorexigenă), nu a permis, de fapt, învățarea comportamentală. În această situație, la întreruperea medicației, pacienții au fost găsiți nepregătiți, neînvățați, să facă față creșterii senzației de foame.

Aceste supoziții nu exclud însă alte combinări ale mijloacelor terapeutice în obezitate care, actualmente sunt susținute cu necesitate. Într-adevăr, "scăderea ponderală este

rezultatul unei interacțiuni complexe între factorii psihologici și fiziologici, dintre care nu toți se află sub controlul insului" (**E. M. Mitchell**, 1984, p. 143), așa cum s-a putut constata din observațiile menționate anterior. Cu toate acestea, subliniem că "un program eficient de scădere ponderală trebuie să combine terapia comportamentală, dieta și exercițiul fizic ... în mod individualizat și în condiții de grup" (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 342).

4.9.2. Predicția rezultatelor în tratamentul obezității. În instituirea tratamentului obezității, ca și în alegerea metodei terapeutice, clinicianul face o estimare a posibilităților de reducere a greutății, pe baza anumitor predictori. Aceștia se referă pe de o parte la boală, pe de altă parte la persoană. Astfel, o obezitate mai veche constituie un predictor negativ întrucât are șanse mai mici de remisiune decât o obezitate recentă. Momentul apariție supraponderalității servește de asemenea ca predictor, știut fiind că obezitatea care datează din copilărie sau din adolescență este mai rezistentă la tratament decât obezitatea apărută la vârsta adultă. Pe de altă parte, "obezii vârstnici au tendința să recâștige mai rapid în greutate decât tinerii" (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 329). Așa cum s-a constatat din analiza rezultatelor diverselor terapii, o pierdere ponderală semnificativă realizată rapid, la începutul tratamentului, nu constituie un predictor pozitiv întrucât va fi recâștigată cu ușurință și în termen scurt.

Conținutul metodei terapeutice poate constitui de asemenea un predictor întrucât cele care conferă pacientului sentimentul "autoatribuirii" rezultatelor au șanse de a obține rezultate mai stabile decât cele care posedă o eficacitate intrinsecă. Tot astfel, în rândul predictorilor pozitivi se înscriu și metodele terapeutice care influențează și modifică obiceiurile și deprinderile alimentare și care stimulează forțele voliționale ale subiectului.

Anumite trăsături de personalitate, ca de exemplu posibilitatea de abținere și autoconstrângere pot constitui factori predictivi. Astfel, în urma examinărilor psihologice, se descriu scoruri înalte sau reduse la "abținere", care sunt interpretate ca factori predictivi ai rezultatelor în tratamentul obezității.

4.9.3. Complianța terapeutică a pacienților cu obezitate clinică. Pacienții supraponderali sunt deosebit de noncompliant față de tratamentele pe care le solicită, găsind cele mai neînsemnate argumente pentru abaterile de la conduita terapeutică sau abandonarea acesteia. Nu cunoaștem studii consacrate complianței pacienților obezi ci numai observații asupra acestei probleme în lucrări privind diverse aspecte ale terapiei în obezitate. De asemenea, există mențiuni privind rata întreruperii sau retragerii (**drop-out**-ului) din terapie, care este estimată între 0-83% (**S. M. Hall** și **R. G. Hall**, 1974). Uneori, programele terapeutice includ contracte între participanți (pacienți și medici) ca mijloace de a reduce rata înaltă a abandonării curei.

Ca și în alte domenii ale terapeuticii clinice, în terapia obezității gradul de complianță este în funcție de numeroși factori, printre care menționăm:

- mijlocul terapeutic;
- durata tratamentului;
- compoziția lotului studiat;
- personalitatea terapeutului etc.

În mod aparent surprinzător, cea mai redusă rată a retragerii din tratament este

consemnată la unul din cele mai drastice mijloace terapeutice, postul. Se pare că postul este mai ușor suportat decât dieta severă (care constituie o stimulare continuă a apetitului) dar data redusă a **drop-out**-ului la post se datorește și faptului că cei mai mulți pacienți sunt spitalizați în perioada respectivă.

Spre deosebire de studiile asupra activității fizice și dietei care numai rareori și neelocvent oferă date asupra complianței și **drop-out**-ului, cercetările axate pe terapie farmacologică și comportamentală sunt cele mai corecte sub aceste aspecte. Astfel, într-o sinteză asupra unui număr de 53 studii asupra terapiei farmacologice, s-a constatat o rată a **drop-out**-ului de 27% iar pe 64 studii cu terapie comportamentală procentul întreruperii a fost de 24%. (**R. B. Stuart** et al., 1981, p. 330).

De fapt, terapia comportamentală constituie mijlocul terapeutic cu cea mai bună complianță în obezitate. Aceasta se explică prin faptul că programele comportamentale:

- nu sunt urmate de efecte psihice negative;
- implică schimbări mai ușor de integrat în patternul comportamental al unui om disciplinat.

4.10. Rezultate și recomandări în psihoterapia pacienților psihosomatici.

Diferențele existente între metodele de psihoterapie care pot fi aplicate pacienților psihosomatici nu permit reținerea unor observații generale cu privire la eficacitatea și perspectivele psihoterapiei în acest important domeniu al patologiei. La aceste diferențe de metodologie și de eficacitate a diferitelor metode de psihoterapie se adaugă bine-cunoscutele dificultăți în evaluarea și cuantificarea rezultatelor, cu atât mai mult cu cât, în clinică, abordarea psihoterapeutică nu poate fi unică. Psihoterapia se înscrie întotdeauna într-un ansamblu terapeutic, fiecare metodă deținând o importanță variabilă, în funcție de numeroși itemi ce au în vedere:

- boala cu natura, severitatea și momentul ei evolutiv;
- bolnavul, cu disponibilitățile, motivația și complianța sa pentru psihoterapie;
- terapeutul cu experiența, informarea și formarea, ca și cu experiența și competența sa în psihoterapie.

Desigur, spre deosebire de terapia fizică, farmacologică, simplă în aplicare, cu rezultate imediate ce pot fi supuse ușor criteriilor de evaluare, psihoterapia, prin dificultățile sale de aplicare, rămâne încă un domeniu expectat, deseori un deziderat.

În mod ideal, psihoterapia trebuie efectuată de către medicul curant care, din evantaiul metodelor de psihoterapie o va alege pe aceea care prezintă un caracter mai suportiv. Într-adevăr, cu cât metoda este mai suportivă cu atât medicul de asistență primară sau specialistul somatician are mai mari posibilități de a o aplica. Dimpotrivă, cu cât metoda de psihoterapie este mai profundă, mai restructurantă, cu atât se impune aplicarea ei de către un specialist în sănătate mintală recurgându-se astfel la "terapia bifocală". Întrucât în faza acută a bolii starea clinică a pacientului impune luarea sa totală în sarcină de către un singur terapeut, se recomandă ca ambele abordări, farmacologică și

psihoterapeutică, să-i revină acestuia. În felul acesta, medicul somatician va putea folosi investiția pozitivă a medicamentului acționând totodată asupra stării psihice a pacientului. Astfel, de cele mai multe ori, în practică, medicul curant este determinat a fi chimioterapeut cât și psihoterapeut, ipostaziind în prim plan, în funcție de situația clinică, o față sau alta a dublului său rol.

Necesitatea unității farmaco-psihoterapeutice, amplu dezbătută și argumentată de către clinicieni, sub aspect teoretic este pe deplin cpomprehensibilă dar, în metodologia sa concret aplicativă este greu realizabilă din mai multe impedimente, printre care menționăm:

- spitalizarea, în general de scurtă durată, impune o acțiune terapeutică intensă, concentrată (eventual focalizată asupra procesului patologic) ce nu poate fi realizată decât prin mijloace preponderent farmacologice;
- fiind de scurtă durată, spitalizarea nu permite realizarea unei psihoterapii propriu-zise, care, de obicei este larg eșalonată în timp, impunându-se a fi continuată după externare prin preluarea pacientului de către medicul care asigură asistența ambulatorie;
- terapia farmacologică actuală prezintă o puternică eficacitate în special asupra simptomelor somatice și, parțial, asupra entității nozografice, dar, aceste succese, în general limitate devin în același timp trecătoare dacă nu sunt continuate prin abordări psihoterapeutice de natură să consolideze și să mențină remisiunile clinice.

BIBLIOGRAFIE

Alby, J. M., *La térapeutique en médicine psychosomatique*, în: "La Révue du Practicien. Psychosomatique", 1979, 29,31, pp. 2515-2524.

Alexander, F., *Psychosomatic Medicine; its Principles and Applications.* Norton, New York, 1950.

Alexander, Fr., *The Developpment of Psychosomatic Medicine*, în: "Psychosom. Med.", 1962, 24, 1, p. 13-24.

Andrasik, F., Holroyd, K. A., *A test of specific and nonspecific effects in the biofeedback treatment headache*, în: "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1980, 43, p. 575-586.

Bandura, A., *Self efficiency. Toward a unifying theory of behavioural chance* în: "Psychol Rev.", 1977, 84, p. 191-215.

Bray, G. A., *Obesity in perspective*, Government Printing Office, Washington, 1975.

Bray, G. A., *The obsese patient*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1976.

Bruch, Hilde, *Eating Disorders*, Routkedge and Kegan, London, 1974.

Carobles, J. A., Cardona, A., Santacren, J., *Shaping and Generalisation Procedures in the E.M.G. - biofeedback treatments headaches*, în: "British Journal of Clinical Psychology", 1981, 20, p. 49-56.

Castelnuovo-Tedesco, P., *Ulcerative Colitis in an adolescent boy*, în: "Psychosom. Med." 1962, 24, p. 148-155.

Chesney, Margaret, Eagleston, J. R., Rosenman, R. H., *Type A Behaviour: Assessment and Intervention*, în: Medical Psychology. Contribution Behavioural Medecine, Academic Press, New York, London, 1981, p. 19-29.

Craighead, L. W. et. al., *Behaviour Therapy and Pharmacotherapy for Obesity* în: "Arch. Gen. Psychiat.", 1981, 38, p. 763-768.

Davies, M. H., *Stress, personality and coronary artery disease*, în: Contemporary Psychiatry (S. Crown, ed.), Butterworths, London, 1984, p. 232-239.

Delteil, P., Gerbaux, A., *Étude psychosomatique de l'hipertension artérielle*, în: "Encyclop. Med.-Chir., Psychiatrie", 37420, A10, 1969, p. 1-4.

Dumitrescu, C., *Complicațiile obezității*, în: Boli de metabolism și nutriție (I. Mincu, coord.), Ed. Medicală, București, 1986, p. 779-783.

Dumitrescu, C., *Tratamentul obezității*, în: Boli de metabolism și nutriție (I. Mincu, coord.), Ed. Medicală, Bucureşti, 1986, p. 784-795.
Dunbar, Flanders, *Emotions and bodily changes*, Columbia Univ. Press, New York, 1954.
Enelow, A. J., *Consultation-Liaison. Psychiatry*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / III (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1980-1985.
Engel, G. L., *Psychological Aspects of Gastrointestinal Disorders*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 653-692.
Fodor, M. O., Aldea, G., Dumitresco, D., Popesco, S., *Contributions à la connaissance de la phase préulcèreuse de la maladie ulcèreuse*, în: "Arch. Mal. App. dig.", 1962, 15, 12, p. 1497-1515.
Fodor, O., Cosma, V., *Bolile aparatului respirator*, în: Tratat elementar de medicină internă (Red. O. Fodor), Ed. Dacia, Cluj, 1973.
Goldstein, B. Iiris, *Assessment of Hypertension*, în: Medical Psychology (Ch. K. Prokop, L. A. Bradley, Eds.), Academic Press, New York, 1981, p. 37-54.
Griffiths, D., *Obesity*, în: Psychology and Medicine (D. Griffiths, ed.), Macmillan Press, London, 1981, p. 467-482.
Hackett, T. P., Rosenbaum, J. F., Cassem, N. H., *Cardiovascular Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1148-1159.
Hall, S. M., Hall, R. G., *Outcome and methodological considerations in behavioural treatment of obesity*, în: "Behaviour Therapy", 1974, 5, p. 352-364.
Hand, B. C., *Personality characteristics and relief from muscle-contraction headache through biofeedback relaxation training*, în: "Disertation Abstracts International", 1979, 39, p. 4579-4580.
Haynal, A., Pasini, W., *Abrégé de médicine psychosomatique*, Masson, Paris, 1978.
Ionescu, G., *Psihosomatica*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1975.
Ionescu, G., *Secondary depressions*, în: Révue Roum. des Sciences Sociales - Série de Psychologie, 1989, 33, 1, 31-42.
Jaspers, K., *Allgemeine Psychopathologie*, siebente Aufl., Springer-Verlag, Berlin, Göttingen Heidelberg, 1959.
Jessner, L., *Psychoanalysis of an eight-year-old boy with asthma*, în: The Asthmatic Child: Psychosomatic Approach to Problems and Treatment (H. I. Schneer, ed.), Harper-Row, New York, 1963.
Jessup, B. A., *Biofeedback*, în: Textbook of Pain (P. D. Wall, R. Melzack, eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, 1984, p. 776-786.
Kannel, W. B. et al., *Obesity as a Force of Morbidity and Mortality in Adolescence*, în: Nutrition and Growth (F. P. Head, ed.), Appleton-Century-Crofts, New York, 1970, p. 51-71.
Kaplan, H. I., *Psychological Factors Affecting Physical Conditions (Psychosomatic Disorders)*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / III (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1843-1853.
Kaplan, H. I., *Treatment of Psychosomatic Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / III (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1973-1980.
Karasu, T. B., *Psychotherapy with Physically Ill Patients*, în: Specialized Techniques in Individual Psychotherapy (T. B. Karasu, L. Bellak, eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980, p. 258-276.
Kellner, R., *Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled studies*, în: "Arch. Gen. Psychiat.", 1975, 32, p. 1021-1023.
Keys, A., *Coronary Heart Disease in Seven Countries*, în: "Circulation", 1970, 41, p. 4.
Kimball, C. P., *Psychological Aspects of Cardiovascular Disease*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 608-617.
Knapp, P. H., *Psychosomatic Aspects of Bronchial Asthma*, în: American Handbook of Psychiatry / IV (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 693-708.
Knapp, P. H., *Current Theoretical Concepts in Psychosomatic Medicine*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / III (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1853-1862.
Leon, G. R., *Current Directions in the treatment of obesity*, în: "Psychol. Bull.", 1976, 83, p. 557-578.
Leon, G. R., Roth, L., *Obesity: psychological causes, correlations and speculations*, în: "Psychological Bulletin", 1977, 84, p. 117-139.
LeMagnen, J., *Advances in Studies on the Psychological Control and Regulation of Food Intake*, în: "Prog. Physiol. Psychol.", 1971, 4, p. 203-261.
Lipowski, Z. J., *Cardiovascular Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1891-1907.
Lloyd, J., *Childhood obesity*, în: "Brit. Clin. Journ.", 1974, 2, p. 267-269.
Marty, P., M'Uzan, M., David, C., *L'Investigation Psychosomatique*, Presse. Univ. France, Paris, 1963.

McDougall, J., *The Psychosomatic and Psychoanalytic Process*, în: "Int. Rev. Psychoanal.", 1974, 1, p. 437-459.
Mincu, I., Hîncu, N., *Lipidologie clinică*, vol. II, Ed. Medicală, București, 1983.
Mincu, I., Hîncu, N., *Obezitatea*, în: Medicină internă (red. R. Păun), vol. Boli de metabolism și nutriție (coord. I. Mincu), Ed. Medicală, București, 1986, p. 742-778.
Mitchell, E. M., *Psychological aspects and management of obesity*, în: Contemporary Psychiatry (Sidney Crown, ed.), Butterworths, London, 1984, p. 139-150.
Nemiah, J. C., *Psychology and psychosomatic illness: reflexions on theory and research methodology*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1973, 22, p. 106-111.
Nemiah, J. C., *Denial revisited: Reflexions of psychosomatic theory*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1974, 36, p. 140-147.
Nemiah, J. C., Sifneos, P., Savitz, R. A., *A comparison of the oxigen consumption of normal and alexithymic subject in response to affect-provoking thoughts*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1977, 28, p. 161-171.
Oken, D., *Musculoskeletal Disorders*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 726-766.
Oken, D., *Gastrointestinal Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1121-1132.
Osler, W., *Lectures on Angina Pectoris and Allied States*, D. Appeton and Comp., New York, 1901.
Ost, L. E., Gotestam, K. G., *Behavioural and Pharmacological treatment for obesity: An experimental comparison*, în: "Addictive Behavior", 1979, 1, p. 331-338.
Pavel, I., Sdrobici, D., Dumitrescu C., *Obezitatea*. Ed. Medicală, București, 1967.
Păun, R., Popescu, I. Gr., *Astmul bronșic*, în: Tratat de medicină internă (red. R. Păun), Bolile aparatului respirator (coord. C. Anastasatu), Ed. Medicală, București, 1983, p. 257-300.
Pinsky, J. J., Crue, B. L., *Intensive Group Psychotherapy*, în: ™Textbook of Pain. (P. G. Wall, R. Melzack, eds.), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, 1984, p. 823-831.
Rand, C. S. W., Stunkard, A. J., *Obesity and psychoanalysis*, în: "Am. J. Psychiatry", 1978, 135, p. 547-552.
Reiser, R. M., *Changing Theoretical Concepts in Psychosomatic Medicine*, în: American Handbook of Psychiatry / IV (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 477-501.
Reiser, F. M., *Psychoanalysis in patients with psychosomatics disorders*, în: Psychotherapeutics in medicine. (T. B. Karasu, R. I. Steinmuller, eds.), Grune Station, New York, 1978, p. 63-74.
Rockless, J., Fauntleroy, A., *Groups, spouses and hospitalization as a trial of treatment in psychosomatic illnes*, în: "Psychosom.", 1972, 13, p. 353-357.
Rodin, G. M., *Psychotherapy of Patients with Chronic Medical Disorders*, în: Review of General Psychiatry (H. H. Goldman ed.), Lange Medical Publications, Palo Alto, 1984, p. 577-583.
Rosenman, R. H., *Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study*, în: "JAMA", 1975, 233, p. 872-877.
Sapir, M., Étude Psychosomatique de la Patologie gastrique, în: "Encyclop. Méd. Chir. Psychiatrie", 37450, A 10, 1968, p. 1-8.
Schachter, S., *Some Extraordinary Facts about Obese Humans*, în: "Am. Psychol.", 1971, 26, p. 129-144.
Schwab, J. J., *Psychosocial and Epidemiological Concepts in Medicine*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 583-607.
Sifneos, P., *The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients*, în: "Psychotherapy and Psychosomathics", 1973, 22, p. 255-262.
Sifneos, P., *Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease*, în: "Psychotherapy and Psychosomatics", 1975, 26, p. 65-70.
Silverman, A. J., *Rheumatoid Arthritis*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1185-1198.
Silverstone, T., *Psychological aspects of obesity*, în: "British Clinical Journal", 1974, 2, p. 270-272.
Simborg, E. W., *The Status of Risk Factors and Coronary Heart Disease*, în: "J. Chron. Dis."1970, 22, p. 515-552.
Sperling, M., *A psychoanalytic study of bronchial asthma in children*, în: The Asthmatic Child: Psychosomatic Approach to Problems and Treatment (H. J. Schneer, ed.), Harper-Row, New York, 1963, p. 139-165.
Stewart, R. L., *Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1331-1365.
Stuart, R. B., Davis, B., *Slim chance in a fat world.* Champaign Ill, Research Press, 1978.
Stuart, R. B., Mitchell, C., *Peer as opposed to profesional programming for weight control: Peer the edge*, în: "Psychiatric Clinics of North America", 1978, 1, p. 697-712.
Stuart, R. B., et. al., *Therapeutic options in the Management of Obesity*, în: Medical Psychology (Ch. K. Prokop, L. A. Bradley, eds.) Academic Press, New York, 1981, p. 321-353.

Stunkard, A. J., *Obesity*, în: American Handbook of Psychiatry (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, 1975, p. 767-785.
Stunkard, A. J., *Obesity: Basic mechanisms and treatment*, în: "Psychiatric Clinics of North America", 1978, 1, p. 459-724.
Stunkard, A. J., *Obesity* în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 1872-1882.
Stunkard, A. J., Koch, S., *The relationship of gastric motylity and hunger*, în: "Psychosom. Medicine", 1971, 33, p. 123-134.
Stunkard, A. J., Rush, A. J., *Dieting and Depression Re-examined*, în: "Ann. Ind, Med.", 1974, 81, p. 526-533.
Vermelyn, J., Sivadon, P., *Les psychotérapies*, în: Traité de psychologie médicale (Red. P. Sivadon), Presse Univ. France, Paris, 1973, p. 129-149.
Walker, B. R., et. al., *A multicentre study comparing Mazindol and placebo in obese patients*, în: "Journ. of Internat. Med. Res.", 1977, 5, p. 85-90.
Weiner, H., *Respiratory Disorders*, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Eds.), William Wilkins, Baltimore, London, 1985, p. 1159-1166.
Widlocher, D., *Introduction*, în: " La revue du Praticien", 1979, 29, 31, p. 2471-2474.
Willis, S. L., *Biofeedback treatment faillures and motivational problems*, în: "American Journal and Clinical Biofeedback", 1980, 3, p. 79-85.
Wilson, G. T., *Behaviour treatment of obesity: Maintenance strategies and long-term efficacy*, în: Trends in behaviours therapy, Academic Press, New York, 1979.
Wilson, G. T., Brownell, K. D., *Behaviour therapy for obesity: Including family members in the treatment process*, în: "Behaviour Therapy", 1978, p. 943-945.
Wolf, S., Wolff, H. G., *Human Gastric Function*, Oxford Univ. Press, New York, London, 1943.
Wollersheim, J. P., *Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of over right women*, în: "Journ. Abnorm. Psychol.", 1970, 76, p. 462-474.
Zosin, C., *Bolile de nutriție*, în: Medicina Internă, vol. II, (Red. A. Moga, I. Bruckner), Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1967.

Capitolul XIV

PSIHOTERAPIE ȘI PSIHOFARMACOLOGIE

Psihofarmacologia readuce bolnavul psihic în ariile umanului, iar de aici psihoterapia îl reintroduce în rândurile semenilor.

1. Apariția psihofarmacologiei în contextul terapiilor psihologice

Interacțiunea tratamentelor biologice și psihologice a ilustrat practica psihiatrică încă de la începuturile sale, cele două orientări terapeutice înregistrând, succesiv, perioade de ascensiune și declin. Cu 43 de ani în urmă, odată cu descoperirea primului medicament neuroleptic - clorpromazina - s-a inaugurat o nouă știință, **psihofarmacologia**, care prin obiectivele sale, de modificare a comportamentelor, și prin caracterul interdisciplinar se situează la intersecția științelor biologice cu cele psihologice. Dezvoltându-se cu o rapiditate uimitoare, această nouă știință îndeplinea un vechi deziderat al psihologiei și medicinei, și anume acela de a influența, cu ajutorul unor substanțe farmacodinamic-active, funcțiile psihice, dar mai ales de a le normaliza în eventualitatea perturbării lor. Astăzi, după trei decenii de utilizare clinică a psihotropelor, se poate consemna că, pentru gnoseologie și filosofie, consecințele doctrinare ale acestui fapt sunt cel puțin la înălțimea succeselor terapeutice.

Apărută în domeniul psihiatriei, psihofarmacologia a pătruns și în alte arii ale medicinei, psihotropele fiind astăzi larg utilizate în bolile psihosomatice, precum și în chirurgie, respectiv în anesteziologie.

În psihiatrie, această nouă disciplină a făcut epocă, deschizând "**era psihofarmacologică**", iar prin restructurarea concepțiilor despre boala psihică a declanșat **"revoluția" psihofarmacologică**. Aceasta a limitat, iar în unele locuri a înlăturat aplicarea procedeelor terapeutice, devenite tradiționale, supunând interogațiilor în special metodele psihologice ce nu-și găseau o validare și imediată obiectivare a rezultatelor clinice. S-a cristalizat astfel **opoziția psihofarmacologie - psihoterapie**, care, prin dispute doctrinare și-a găsit sorgintea în vechea dihotomie somă-psihic. Această fastidioasă clivare a fost extrapolată din filosofie în patologie, unde s-a concretizat prin opoziția somatogenie-psihogenie.

Prioritatea terapeutică din psihiatrie trimitea astfel la natura bolii psihice - psihofarmacologia ipostaziindu-i somatogenia, iar psihoterapia argumentându-i psihogenia. Disputa nu a fost însă purtată pe tărâmul filosofiei, ci în domeniul

psihopatologiei, unde vechea confruntare a fost subliniată printr-o atentă culegere și o răbdătoare decantare a rezultatelor clinice. Acestea sunt cu atât mai valoroase cu cât nu constau în ordonarea de argumente, ci în constatarea unor situații clinice concrete, în fapte de viață evidente, care ilustrează, și sub acest unghi al somatopsihogenezei, dialectica unității și unicitatea materialității.

Confruntările dintre psihofarmacologie și psihoterapie au ocazionat crearea unor noțiuni noi, a căror accepțiune nu servește atât la delimitarea unor aspecte ale domeniului, cât la ipostazierea elementului considerat esențial în desfășurarea tratamentului. Astfel, termenul de farmacopsihoterapie tinde să exprime sinteza celor două orientări terapeutice. La rândul lor, termeni de neurolepticopsihiatria și neurolepticoterapia ar corespunde unei "concepții biologice despre boala mintală conform căreia, în timpul tratamentului ne ghidăm după faptul că unui anumit simptom îi corespunde..un anumit tip de prescripție" (**J. Guyotat**, 1975, p. 225).

Considerăm că noțiunile de psihochimioterapie și de chimiatrie au un conținut limitativ și un sens peiorativ, fiind folosite mai ales de către psihanaliză spre a ilustra, în concepția acestei doctrine, naivitatea pragmatică și ofensa etică de a trata procesele psihice prin substanțe chimice.

2. Originile opoziției dintre psihofarmacologie și psihoterapie

În anul 1952, data debutului oficial al psihofarmacologiei clinice, mișcarea ergoterapeutică era încă într-o impetuoasă dezvoltare determinată de observațiile din perioada războiului conform cărora bolnavii psihici cronici, care în mod forțat părăsiseră azilele psihiatrice, se încadraseră cu un realism surprinzător în activități agricole și casnice din diverse gospodării în care ajunseseră întâmplător. Deși ferm încurajată, ergoterpia era însă prea puțin asistată de către medici, locul acestora fiind luat de așa-numiții instructori ergoterapeuți. Relația cu obiectul muncii ocupa astfel rolul principal, în timp ce relația terapeutică era trecută în subsidiar.

Considerăm că acest fapt a determinat în anii '50 amploarea și diversificarea psihoterapiilor care ipostaziau relația cu pacientul, luat în sarcină direct de către terapeut. Acest lucru nu putea fi realizat însă decât cu un număr restrâns de pacienți, psihoterapiile fiind aplicate electiv și, desigur, restrictiv. Terapeuții se întreceau în ordonarea criteriilor de selecție relativ specifice fiecărei metode psihoterapeutice, screening-ul impus vizând nu numai respectarea criteriului, ci și (mai ales) evaluarea prognosticului. În aceste condiții psihoterapeuții au obținut succese certe, dealtfel încă din start întrezărite. În plus, cum psihoterapiile erau axate pe tratamentul reacțiilor și stărilor nevrotice, cura terapeutică având o durată îndelungată, de luni și mai ales ani de zile, era greu de precizat în ce măsură la vindecare a contribuit psihoterapia, evoluția naturală a bolii sau forța vindecătoare a timpului.

În acest context, dezvoltarea psihofarmacologiei avea să înlăture avatarurile psihoterapiei prin generalizarea aplicării și facilitarea administrării. Aceste caracteristici, ca și formația pregnant medicală a terapeuților au determinat rapida răspândire a psihofarmacologiei, favorizată de căutarea și descoperirea de noi psihotrope, fiecare dintre ele investit cu tot mai intense speranțe terapeutice, pe măsura noutății sale. S-a ajuns astfel ca, după numai două decenii de la apariția primului neuroleptic, numărul acestora, adăugat la ansamblul psihotropelor, să depășească numărul produselor farmaceutice utilizate în toate celelalte ramuri ale medicinei, luate la un loc. Psihiatrul, până atunci lipsit de posibilitatea prescrierii de medicamente (cu excepția hipnoticelor și a unor sedative), era reinvestit ca medic și consacrat ca un terapeut abil și deosebit de informat.

3. Investiție narcisică și realitate farmacodinamică

Creșterea numărului psihotropelor și succesiunea lor rapidă au făcut din psihiatru nu numai un terapeut (asemenea colegilor din alte ramuri ale medicinei), ci și un abil cercetător, capabil să influențeze și să corecteze cele mai fine și subtile tulburări ale psihologiei umane. Psihoterapiile sunt lăsate în umbră, eventual în seama psihologilor, psihofarmacologia conferind psihiatrului fantasma puterii sale.

Pe de altă parte, nu numai psihiatrul era investit ca terapeut cu virtuți vindecătoare, ci și neurolepticul era acreditat cu acțiuni farmacodinamice superioare celor reale. Aceasta corespundea nu numai speranțelor pacienților, ci și proiecției psihiatrilor recent, dar înalt valorizați ca terapeuți în ansamblul corpului medical.

Nu numai în domeniul clinic, ci și în experimentarea și validarea terapeutică a unor noi neuroleptice, investiția narcisică a acestora risca să întretaie și să altereze aprecierea obiectivă a rezultatelor.

Relativ repede după lansarea neurolepticelor s-a constatat însă că acestea nu acționează cauzal, situație datorată în special faptului că psihiatria nu a descifrat și nu stăpânește încă etiologia bolilor psihice. Astfel, a devenit evident că neurolepticele acționează mai degrabă periferic, simptomatologic și eventual sindromologic, în special asupra agitației și dezordinilor afective, determinând o scădere și limitare în fenomenologia psihică, realizată pe cale chimică.

Apreciindu-se că neurolepticele "au o acțiune evidentă" se consideră totuși că, fără psihoterapie, această acțiune "riscă să rămână simptomatică", întrucât "numai tehnicile psihoterapeutice permit să se meargă la fondul problemei" (**A. Achaintre, P. Balvet**, 1963, p. 79). Totodată psihoterapiei i se atribuiau valențe etiologice, preconizându-se că ar fi "tipul de tratament cel mai cauzal și cel mai puțin simptomatic dintre toate tipurile de terapie cunoscute", în timp ce "terapia farmacologică este doar un tip de tratament simptomatic" (**S. Arieti**, 1974, p. 527).

În studiile de specialitate, dar mai ales în concepția terapeutică a psihiatrilor, au

început să apară semne de ceea ce putem denumi saturație neuroleptică, de epuizare a elanului inițial, iar numărul extrem de mare al neurolepticelor îl putem aprecia nu atât ca o expresie a eficacității, cât mai ales un indiciu al insatisfacției legate de acțiunile lor periferice, limitate. Mai mult chiar, forța terapeutică pe care psihiatrul o găsise în psihofarmacologie se dovedea a nu fi "decât o fantasmă iluzoriu valorizată". Într-adevăr, avântul terapeutic pe care l-a adus în medicina psihiatrică medicația a minimalizat și a deformat în mod semnificativ relația: între pacient și terapeut se intercalase neurolepticul, care, servind ca element de referință, "învăluia" problematica omului aflat în suferință.

Problemele subiectivității insului, pentru moment ignorate, se cereau a fi reconsiderate și reevaluate în mod răbdător, metodic și cu aplomb științific. Pe acest fundal, metodele de psihoterapie, până atunci aplicate în mod empiric, își delimitează domeniul și își îmbogățesc conținutul. Apar noi metode de psihoterapie, care-și propun să valorifice elementele sanogenetice ale laborioasei cure psihanalitice, după cum, pornind de la alte principii metodologice, apar și se extind psihoterapiile comportamentale sau prin decondiționare. Ca o replică terapeutică la limitarea ori sacrificarea subiectivității insului (în relația terapeutică) impusă de cura neuroleptică apar psihoterapiile umaniste, ecouri și efecte concrete în domeniul psihopatologiei clinice ale curentelor existențialiste.

Acest nou impuls de dezvoltare, reascensiune și revalorizare a psihoterapiei era determinat și de faptul că, cel puțin în anumite medii socio-culturale, recurgerea la psihotrope era interpretată și trăită ca un fapt de nonangajare, de renunțare de-a lua în sarcină pacientul și de a-l orienta printr-o acțiune calificată și răbdătoare.

Atacul cel mai violent, mai angajat (pe care-l considerăm disproporționat) asupra psihofarmacologiei nu a venit, cum s-ar fi așteptat, din partea psihologiei (amplu implicată în studii farmacodinamice), ci din partea psihoterapiei psihanalitice.

4. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică

Printre alte merite ale psihoterapiei psihanalitice trebuie menționat și faptul că ea se bucură de adepți intransigenți și incontestabil inteligenți. În lupta de opinii cu alte curente din medicină sau cu alte orientări terapeutice, ei s-au dovedit întotdeauna militanți total angajați, capabili să apere cu fervoare chiar principii terapeutice care nu-și găsesc argumentare. Siderată de apariția altor metode psihoterapeutice care-i împrumutau procedeele și noțiunile, uitând să-și mărturisească originile, ori dezavuată de alte orientări psihoterapeutice care-i invocau limitele și-i minimalizau succesele, psihanaliza și-a focalizat "pulsiunile" agresive, generate de repetate refulări înregistrate în domeniul psihopatologiei clinice, asupra terapiei psihofarmacologice.

Un prim front de atac a fost de ordin noțional-semantic; astfel, în accepțiunea psihoterapeuților psihanaliști, substanțele psihotrope și în special neurolepticele au fost denumite "droguri", contaminându-se astfel sensul cu o accepțiune peiorativ-negativă

în care este folosită această noțiune nu numai în ariile medicale, ci și în mediile culturale. De asemenea, psihiatrul care folosea în practica terapeutică substanțele psihofarmacologice a fost denumit "prescriptor" sau "distribuitor de droguri", negându-i-se, odată cu accesul la aplicarea metodelor psihoterapeutice, aportul personal în edificarea și reușita actului terapeutic. În sfârșit, el mai este denumit "chimiatru", iar științei pe care el o reprezintă îi este refuzat termenul consacrat de psihiatrie, ea fiind denumită "chimiatrie", ca și cum aceasta ar fi abandonat problematica psihologică a tulburărilor psihice.

4.1. Opoziția de principiu a psihanalizei față de psihofarmacologie.

Axioma psihanalitică se bazează pe faptul că orice psihoterapie pleacă de la ceea ce trăiește bolnavul, iar medicul trebuie să adopte o atitudine adecvată pentru a-l scoate din cercul vicios al apărărilor sale; de asemenea, terapeutul trebuie să simtă și să înțeleagă bolnavul fără interferența vreunor aparate, substanțe sau sisteme explicative, pe care psihanaliza le respinge denumindu-le generic "ecrane". Medicamentul este denunțat ca unul dintre aceste ecrane, fiind folosit de terapeut pentru satisfacerea unui sentiment de putere, vorbindu-se de "drogul biberon" sau de "drogul lovitură de ciocan", metafore tendențioase, dar nu lipsite de corespondențe semantice. Conform psihoterapiei psihanalitice, singurul aparat capabil de a înregistra fenomenologia psihică a pacientului este psihismul terapeutului, a cărui "neutralitate binevoitoare" îi asigură obiectivitatea în comunicare. În plus, psihanaliza acreditează comportamentul bolnavului cu un anumit sens, evident simbolic, pe care, în concepția sa, numai o perspectivă psihodinamică îl poate descifra și reintegra în efortul răbdător al reconstrucției psihice.

În domeniul său aplicativ, psihoterapia psihanalitică preconizează crearea, între medic și bolnav, a unui "spațiu analitic, în care singurul mod de expresie autorizat este cuvântul" (**P. Ginestet** et al. 1979, p. 8). Orice intervenție psihofarmacologică nu face decât să perturbe acest spațiu, prejudiciind relația medic-pacient și, bineînțeles, vindecarea acestuia.

La rândul lor, psihoterapiile de inspirație psihanalitică sunt orientate în două direcții, și anume:

- asupra evoluției relației medic-bolnav și a fenomenelor care apar în câmpul intersubiectiv și

- asupra mutațiilor structurale care apar în cursul psihoterapiei, printre care reechilibrarea afectivă și izolarea focarului nevrotic joacă un rol predominant.

Menționăm însă că și în condițiile acestor psihoterapii, al căror scop constă în restabilirea echilibrului afectiv și nu în modificarea unor organizări conflictuale profunde (care constituie un scop al psihanalizei clasice), intervenția psihofarmacologiei determină perturbări care se manifestă atât la nivelul rațional, prin alterarea caracterului simbolic al schimburilor intersubiective, cât și la nivel structural, intrasubiectiv, prin modificarea caracterului mutațiilor psihopatologice care au loc în cursul terapiei. În plus, întrucât

orice medicament este investit cu o valoare simbolică, prescrierea sa de către psihoterapeut ar "contamina" neutralitatea acestuia și implicit ar perturba dinamica intersubiectivă a relației sale cu pacientul. Tocmai de aceea printre principiile psihoterapiei psihanalitice se înscrie păstrarea "neutralității" psihoterapeutului și menținerea "asepsiei câmpului analitic". Totuși, în anumite situații, când securitatea imediată a bolnavului este în pericol, psihanaliza acceptă ca acestuia să i se ofere "cârja farmacologică".

5. Terapia bifocală - compromisul psihanalistului, impus de amenințarea existenței pacientului

În cazurile de urgență psihiatrică, în stări depresive și întotdeauna când bolnavii sunt animați de idei și tentative autopunitive, psihanaliza acceptă ca aceștia să urmeze tratamente farmacologice active: la cura psihoterapeutică se adaugă medicația psihofarmacologică. Întrucât starea psihică a pacientului impune luarea totală în sarcină a acestuia, se consideră că este logic nu numai de a conjuga abordarea chimică și psihoterapeutică, ci și ca ambele să fie furnizate de același terapeut. Sub aspect psihoterapeutic, medicul va putea astfel să folosească investiția pozitivă a medicamentului, acționând totodată psihologic asupra stării regresive a pacientului. Astfel, în practica terapeutică, medicul este determinat deseori de a juca simultan rolul chimioterapeutului și al psihoterapeutului, în funcție de situația clinică, punând pe primul plan unul sau altul din aspectele personajului său.

În cazurile în care tratamentul se impune pentru o lungă durată, rolurile de psihoterapeut și de chimioterapeut sunt diferențiate și asigurate de două persoane cu sarcini terapeutice distincte. Desigur, în aceste situații, psihanalistul nu va "prescrie droguri", ci va forma împreună cu un psihiatru diada psihoterapeut-chimiatru, în cadrul căreia primul își păstrează neștirbite valențele psihoterapeutice, în timp ce al doilea realizează prescripțiile psihofarmacologice. Totuși la anumite consfătuiri și congrese s-a insistat asupra faptului că, chiar și în aceste situații de dualitate terapeutică, pacientul trebuie încredințat psihanalistului, ilustrându-se astfel tendința hegemonică a psihanalizei asupra ansamblului terapiei bolnavilor psihici. S-a preconizat de asemenea ca și coterapeutul "prescriptor de droguri" să fie psihanalizat (supus, desigur, unei analize didactice), pentru a se realiza astfel o formațiune omogenă, în cadrul căreia cei doi terapeuți să-și poată schimba rolurile.

Cu toate acestea, terapia bifocală nu pare să rezolve decât în parte perturbările (respectiv "contaminările și fenomenele de bruiaj") pe care le implică intervenția psihofarmacologică; în cel mai bun caz, prin această bifocalitate a terapiei pot fi eliminate alterări marginale (conjunctural-relaționale), deci intersubiective dintre pacient și psihoterapeut, rămânând nerezolvate cele profunde, intrasubiective.

În ansamblul lor însă, aserțiunile privitoare la bifocalitatea tratamentului și la psihanalizarea psihofarmacologului au mai mult valoare metodologică decât aplicabilitate

practică și ilustrează, așa cum se arată într-un studiu asupra pozițiilor psihanalitice în fața chimioterapiilor psihiatrice, "pretențiile hegemonice ale terapiei analitice", fără ca acestea să fie însă acreditate cu rezultate terapeutice. Cu toate acestea, protagoniștii psihanalizei moderne îngăduie compromisuri, declarând că psihofarmacologia lărgește posibilitățile psihoterapiei și permite să abordăm cu un echipament conceptual analiza bolnavilor anterior refractari la orice psihoterapie veritabilă.

6. Evidențele psihofarmacologiei clinice și postulatele psihoterapiei analitice

În activitatea practică, psihanaliștii sunt însă mult mai concesivi decât în disputa teoretică și încă din perioada de ascensiune a psihofarmacologiei mulți terapeuți de formație psihanalitică, deși cu rezerve, încep a accepta adăugarea chimioterapiei la metodele lor. Totodată supoziția psihanalitică, în virtutea căreia intervenția neurolepticelor ar diminua dorința de vindecare a pacienților, este pusă la îndoială, infirmându-se faptul că anularea anxietății ar diminua motivațiile pentru tratament în cadrul psihoterapiilor psihanalitice.

De asemenea, încă din perioada anilor '60, a început să se cristalizeze convingerea că în stările de urgență psihiatrică, mai ales în cele ocazionate de fenomenologia psihotică, intervenția psihofarmacologică apare nu numai ca o alternativă dezirabilă, ci și ca o indicație terapeutică incontestabilă. Totodată, într-o dezbatere ocazionată de aniversarea a două decenii de la apariția psihofarmacologiei, având ca temă "neuroleptice și psihoterapii", argumentându-se asocierea celor două orientări terapeutice se menționa că "deblocarea prin psihoterapie a unei stări de angoasă care ar mobiliza o energie biologică importantă nu constituie un argument suficient pentru a respinge, în cursul psihanalizei, orice recurs chimioterapeutic" (**J. P. Muyard**, 1975, p. 288).

6.1. Observații ale psihanaliștilor asupra utilizării comparative a psihoterapiei și a neurolepticelor.

Acceptând că "factorii psihodinamici" nu acoperă în întregime etiologia psihozelor, psihanaliza consideră actualmente că aceștia sunt factori esențiali ai determinării bolilor psihice și "pot fi modificați prin metode psihoterapeutice", menționându-se totodată că "psihoterapia nu atacă toate elementele etiologice" și "nu poate fi considerată complet specifică" (**S. Arieti**, 1974, p. 527).

Pornind de la această aserțiune concesivă, menționăm că și în alte studii de psihoterapie, numeroși psihanaliști, mulți dintre ei consacrați, au recurs la o "testare sistematică" a efectelor neurolepticelor asupra "proceselor psihodinamice". Astfel de studii au fost inițiate la începutul anilor '60 și se pare că **G. J. Sarwer-Foner** (1960) și **M. Ostow** (1962) au fost "primii psihanaliști care au discutat orientat psihanalitic" (**Myrna**

M. Weissman, 1981, p. 1314).

Menționăm că în această perioadă, deși s-a discutat deschis, problema nu a fost abordată sub aspectul opoziției psihofarmacologie-psihanaliză, ci numai din punctul de vedere al necesității corelării lor, adunându-se argumente în sprijinul complementarității metodelor. Se menționa însă că psihofarmacologia aduce doar o ameliorare a elementelor formale simptomatologice, numai psihanaliza având acces asupra proceselor patologice. Cu toate aceste limite, studiile citate au totuși meritul de a fi apărut într-o țară unde psihanaliza era consacrată, deținând supremația terapeutică și într-o perioadă în care opoziția psihofarmacologie/psihoterapie părea ireductibilă.

Studii ulterioare asupra acestei probleme s-au dovedit a fi mai cutezătoare, cel puțin sub aspectul metodologiei de cercetare, în care s-au analizat comparativ, pe grupe paralele de pacienți, eficacitatea psihoterapiei psihanalitice "active" fără medicație, a psihoterapiei psihanalitice cu medicație neuroleptică adjuvantă și a medicației (fenotiazinice) fără psihoterapie. S-a constatat astfel influența favorabilă a substanțelor psihofarmacologice asupra curei psihoterapeutice psihanalitice. Acceptând influența neurolepticelor asupra proceselor psihodinamice, psihoterapeuții psihanaliști considerau că răspunsul terapeutic final este determinat de modul în care ameliorarea simptomelor poate fi integrată în psihodinamica proprie a pacientului. Cu alte cuvinte, substanțelor psihofarmacologiei li se atribuia rolul de adjuvante psihanalitice, aportul lor fiind remarcat în măsura în care puteau estompa defensele și conflictele, redistribuind energiile pulsionale în cadrul psihodinamicii personale.

Considerăm că ultimul act al disputei psihofarmacologie/psihanaliză este în curs de desfășurare, eficacitatea neurolepticelor în competiția cu psihoterapia psihanalitică fiind probată nu numai în privința pacienților cu psihoză acută, ci și în tratamentul pacienților psihotici cronici. Astfel, **L. Grinspoon** et al. (1972), **L. Grinspoon** și **R. I. Shader** (1975) au cercetat comparativ efectele psihoterapiei psihanalitice (de lungă durată) și ale neurolepticelor asupra pacienților schizofrenici cronici. Elaborat după o metodologie riguroasă (rezultatele tratamentelor fiind consemnate în scale de evaluare comportamentală și simptomatologică), acest studiu, care a durat peste doi ani, a consemnat, printre alte concluzii, faptul că:

- grupul de pacienți care a fost tratat cu fenotiazine și psihoterapie psihanalitică a obținut rezultate "semnificativ superioare" față de grupul care a primit placebo și psihoterapie psihanalitică;

- pacienții care au fost tratați timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică și placebo nu au înregistrat modificări ale stării psihice;

- pacienții care au fost tratați timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică perioadă în care, timp de 10-12 luni, au primit și fenotiazine, au înregistrat ameliorări ale stării psihice numai în intervalul în care au urmat tratamentul psihofarmacologic, după care "starea lor s-a stabilizat", deși psihoterapia psihanalitică a continuat. Menționăm că în cadrul acestor studii tratamentul psihanalitic a fost asigurat de psihanaliști "seniori", precizarea impunându-se prin aceea că altor cercetări, cu rezultate asemănătoare, li s-a

reproșat faptul că în psihoterapie au fost folosiți psihanaliști începători.

Cu toate că sunt edificatoare, aceste studii, ca și altele similare, sunt încă puțin cunoscute și nu pot fi considerate ca hotărâtoare. Ele au fost efectuate pe un număr restrâns de pacienți selecționați după un singur criteriu, acela al diagnosticului bolii, ignorându-se alte caracteristici ale acestei afecțiuni care cunoaște o etiologie plurifactorială și un polimorfism clinic extrem. Cu toate aceste considerente, studiile amintite sunt deosebit de semnificative și nu mai puțin pertinente. Ele ridică mari semne de întrebare asupra eficienței psihoterapiei psihanalitice în psihoze și pun problema retrimiterii acesteia spre tratamentul stărilor marginale și mai ales în nevroze.

La aceste considerente de opțiune și metodologie terapeutică se adaugă actualmente aspecte de responsabilitate profesională și morală, întrucât studii recente atestă că viitorul unui pacient psihotic depinde de oportunitatea tratamentului psihofarmacologic al primilor ani de boală. Această aserțiune este de natură să tempereze și să limiteze elanul și mai ales hegemonismul terapeutic al psihanalizei pe care continuatorii lui **S. Freud** l-au promovat cu fanatismul credinței care le-a determinat un anumit grad de cecitate asupra datelor științei. Eroarea lor primordială constă în aceea că au uitat ori, fără îndoială, au ignorat ceea ce părintele psihanalizei, cu geniala-i intuiție, a preconizat: "în viitor vom putea poate să exercităm o influență directă cu ajutorul substanțelor chimice speciale asupra cantităților de energie și asupra distribuirii lor în aparatul mental".

7. Extinderea indicațiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei

Urmărind evoluția celor două principale mijloace terapeutice actuale, constatăm că opoziția psihoterapiei la apariția și dezvoltarea psihofarmacologiei nu a fost justificată, minimalizarea sau negarea acesteia fiind excesivă și disproporționată. Respinsă din considerente teoretice, psihofarmacologia a trebuit să fie aplicată în virtutea necesităților practice, convergența terapeutică spre care se tinde fiind tot mai mult invocată de însăși evoluția clinică. Acest fapt a fost preconizat după primele observații clinice asupra efectului neurolepticelor și subliniat în mod constant de către clinicieni cu cel mai înalt prestigiu; astfel, nu numai că chimioterapiile n-au restrâns indicațiile psihoterapiei, ci, dimpotrivă, le-au lărgit considerabil, făcându-le aplicabile la categorii de bolnavi care înainte nu beneficiau de ele.

Inițial, această extindere a acțiunilor și indicațiilor psihoterapiei s-a realizat prin utilizarea substanțelor psihotrope (în special hipnotice, dar și psihoanaleptice) la edificarea unor metode psihoterapeutice ca narcoanaliza, weckanaliza sau șocul amfetaminic și oniroanaliza. Cu indicații limitate, aceste metode au dominat terapeutica psihiatrică a primului deceniu postbelic, până la apariția neurolepticelor. Deși bazate pe substanțe farmacologice, aceste metode terapeutice rămâneau în esența lor psihologice și de aceea nu au determinat controverse teoretice. Ulterior însă, odată cu apariția și extinderea

neurolepticelor, acestora li s-a recunoscut doar o acțiune superficială, periferică și nespecifică.

Treptat, prin observații clinice și mai ales prin studii psihologice, s-a constatat că substanțele psihofarmacologice au acțiuni farmacodinamice mai complexe și într-o câtva caracteristice; s-a constatat astfel că psihotropele, deși nu au o electivitate nosografică, dispun de o acțiune evident-sindromologică, ea fiind net determinată de structura chimică. Din acest punct de vedere, referindu-se numai la grupa neurolepticelor, constatăm că, deși există clinicieni care le acordă o acțiune "globală", diferențiată numai prin mânuirea dozelor, studii mai aprofundate ilustrează existența unui spectru de acțiune ce poate fi cuprins între polul sedativ și cel incisiv sau între polul sedativ și cel dezinhibitor, după cum li se desriu "tipuri de acțiuni", ca "antiautiste", "antidelirante", "antimanice" etc.

Acest grad, desigur limitat, de specificitate farmacodinamică poate fi folosit cu succes în cura psihoterapeutică în funcție de situația clinică. Astfel butirofenonele, prin ștergerea confuziei și clarificarea conștiinței pot aduce mai rapid bolnavul cu o stare reactivă în fața psihoterapeutului, după cum anularea fenomenologiei senzoriale psihotice permite abordări psihoterapeutice. De asemenea, substanțele tranchilizante, dar mai ales neurolepticele sedative, prin anularea anxietății pregătesc intervenția psihoterapeutică în situațiile de tensiune afectivă, după cum timoanalepticele permit efectuare psihoterapiei în orice stare depresivă.

Substanțele psihofarmacologice pot fi utilizate în cadrul unei "deschideri" psihoterapeutice sau în anumite momente ale curei, de exemplu atunci când survin faze de rezistență, în care bolnavul caută să scape de "aprofundarea conflictelor".

Actualmente există observații conform cărora psihofarmacologia nu este folosită numai în psihoterapiile zise raționale, de susținere sau superficiale, ci și în cele de inspirație psihanalitică, unde rolul său constă nu numai în acțiunea antisimptomatică, ci și în reorganizarea psihodinamică. Aceste deplasări, deturnări și reorganizări ale "economiei psihice", realizate prin intervenții psihofarmacologice, pot servi scopurilor restauratoare ale psihoterapiei psihanalitice.

8. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice: asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice

Necesitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia a fost preconizată imediat după lansarea în practică a neurolepticelor, când, la colocviul de la Paris consacrat acțiunii clorpromazinei, se menționa că este absolut necesar ca aceste două mari forțe terapeutice, farmacoterapia și psihoterapia, să fie administrate concomitent. Astfel de aserțiuni apărute în cursul deceniului care a urmat descoperirii primului neuroleptic erau nu numai "logice", dar și necesare, fiind impuse de instaurația practicii terapeutice și de insatisfacția orientării exclusive farmaco- sau psiho- terapeutice. Acuitatea acestor probleme a continuat să crească treptat, astfel încât raporturile dintre psihoterapie și psihofarmacologie să apară

pe primul plan al preocupărilor specialiștilor din lumea întreagă.

Imperativul unității farmaco-psihoterapeutice, amplu dezbătut și argumentat de clinicieni, s-a dovedit comprehensibil, dar în metodologia sa concret-aplicativă era greu realizabil, fiind grevat de multiple impedimente, printre care menționăm:

- spitalizarea, de relativ scurtă durată, impunea o acțiune terapeutică concertată, eventual focalizată, care nu putea fi realizată decât prin mijloace biologice și mai ales psihofarmacologice;

- fiind de scurtă durată, spitalizarea nu permitea realizarea unei psihoterapii propriu-zise, care, de obicei, este larg eșalonată în timp, impunându-se a fi continuată după externare prin preluarea pacientului de către medicul din teritoriu;

- terapeutul ce asigură asistența ambulatorie, spre deosebire de cel din spital, are dificultăți în aplicarea unui tratament neuroleptic optim din cauza efectelor secundare, constant manifestate chiar la posologii corespunzătoare;

- limitările impuse terapeutului din teritoriu în privința acordării concediilor medicale împiedică de asemenea aplicarea corespunzătoare a tratamentului psihofarmacologic, creând facilități superioare aplicării tratamentului psihologic.

La aceste dificultăți formale, dar în același timp reale, se adaugă altele, pur medicale, de ordin farmacodinamic și psihoterapic, privind modalitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia, întrucât folosirea medicamentelor în psihoterapie necesită un studiu individual foarte adâncit al acțiunii lor. Nevoia asocierii psihotropelor la psihoterapie, ca și metodologia acestei asocieri, este cu atât mai insistent invocată de clinicianul psihiatru cu cât el cunoaște limitele intervențiilor strict psihologice și apreciază beneficiile legate de specificitatea de acțiune și de forța substanțelor psihotrope.

Menționăm însă, că ceea ce s-a invocat încă de acum 20 de ani privind elaborarea unei metodologii a asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia nu s-a realizat, cu toate că această cerință a fost formulată în mod treptat; cu alte cuvinte, după cunoștința noastră, nu există în literatura de specialitate nici un studiu concret și nici o lucrare teoretică referitoare la modul de combinare a celor două mijloace terapeutice, prejudiciindu-se astfel o reușită mai deplină a tratamentului.

9. Asupra unor modalități concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia

În lipsa unui studiu consacrat acestor probleme, redăm unele aprecieri și observații care, deși nu au fost experimental validate, pot servi ca orientare generală până când vor putea fi verificate. Astfel, în schizofrenie, după estomparea fenomenologiei clinice acute, fără a întrerupe tratamentul psihofarmacologic, se recomandă o cură psihoterapeutică nepsihanalitică în sensul unei "pedagogii a realului". De asemenea, în cursul unei psihoterapii, se poate interveni psihofarmacologic atunci când bolnavul s-ar găsi într-un cerc repetitiv de atitudini stereotipe. În aceste situații, efectul acțiunii neuroleptice se

face imediat simțit, fiind ilustrat (și în cadrul ședințelor) printr-un "nou nivel al fenomenelor defensive", în timp ce "producțiile psihotice sunt eliberate cu ușurință, cu slabă reținere" (**P. Bailly-Salin**, 1975, p. 226).

Sub unghi opus, aplicarea unei psihoterapii în cursul tratamentului psihofarmacologic permite pacientului să tolereze mai bine "faza de acțiune latentă" a medicamentelor..."mărind totodată toleranța la efectele secundare" (**H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset**, 1978, p. 1110). În ceea ce-l privește, terapeutul are astfel posibilitatea de a exploata modificările simptomatice "în vederea reluării controlului și securității Eului", ameliorând în același timp relația terapeutului cu pacientul în ultima fază a curei "pentru a nu eterniza dependența subiectului față de medicament și de terapeut" (**Ibidem**).

La rândul lor, clinicienii de orientare psihanalitică resimt insatisfacția rezultatelor psihanalizei preconizând, cel puțin pentru "cazurile extranevrotice", pe de o parte modificări în "tehnica analitică", pe de altă parte intervenții psihofarmacologice. În acest sens, se subliniază că, utilizând simultan resursele psihoterapiei inspirate din psihanaliză și mijloace farmacologice, sunt sporite șansele terapeutice.

Încercând o sistematizare a influențelor reciproce între psihofarmacologie și psihoterapie, putem descrie anumite tipuri de interacțiuni posibile. Menționăm însă că ele nu sunt univoc pozitive, în sensul că nu sunt convergente sau cumulative, astfel încât constatăm, din ambele direcții, efecte pozitive și negative, după cum urmează:

- efecte pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, care sunt ilustrate, prin reducerea simptomatologiei și în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităților de comunicare, a contactelor interpersonale, favorizând apariția unor noi posibilități de relaționare;

- efecte negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, exprimate prin scăderea tonusului emoțional, a capacității de rezonanță afectivă și, consecutiv, prin "distanțarea" față de problematica situațională și interpersonală; se constată totodată o diminuare a motivației de vindecare și a capacității de participare la actul terapeutic, prin accentuare regresiunii și perpetuarea dependenței, odată cu creșterea încrederii "magice" în terapeut; în ceea ce-l privește, având posibilitatea utilizării medicației psihofarmacologice, terapeutul este încurajat de a folosi acest mijloc terapeutic facil, cu tentația de a-l mânui uneori mai mult în mod autoritar-agresiv decât tolerant-comprehensiv;

- efecte pozitive ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, care constau în primul rând în facilitarea complianței pacientului privind prescripțiile medicamentoase ale terapeutului; acest fapt, ale cărui implicații depășesc ariile medicale, având largi ecouri sociale, constituie totodată chezășia realizării unei autentice relații interpersonale;

- efecte negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, relativ rar întâlnite și sporadic semnalate, care constau mai ales în creșterea anxietății ori a ideației psihotice, fapt ce interferează negativ acțiunea substanțelor neuroleptice.

Această sistematizare este larg orientativă și menționăm că interacțiunea dintre psihofarmacologie și psihoterapie (deși se cere atent studiată) nu poate fi standardizată,

în practică dovedindu-se a fi individualizată.

Menționăm totodată faptul că asocierea celor două mijloace terapeutice, atât de diferite în plan metodologic-procedural, cât și în mecanismul lor acțional, impune analiza atentă nu numai a acțiunii farmacodinamice în contextul modificărilor psihodinamice, ci și interacțiunea acestor procese, declanșate pe căi și prin mijloace diferite. Fiind evident că chimioterapia și psihoterapia sunt chemate să se urnească și să se articuleze tot mai strâns, se impune acum cunoașterea modului și mecanismelor prin care acțiunea farmacodinamică este susceptibilă să influențeze și să reorganizeze procesualitatea psihodinamică. Este posibil, ca rezultatele unor astfel de cercetări să determine reorientarea atitudinii noastre privind alegerea metodei psihoterapeutice, care nu se va mai face în funcție de caracteristici nosografice, ci de reacțiile personale ale pacientului și de modificările relativ specifice, produse de substanțele psihofarmacologice.

Studiile comparative asupra eficacității psihofarmacologiei sau psihoterapiei în ansamblul terapeuticii psihiatrice sau numai al unor entități nosografice au ca scop să sedimenteze și să cristalizeze controversele asupra priorității sau exclusivității uneia dintre mijloacele terapeutice. Fără îndoială că studii mai numeroase, mai ample și mai reprezentative vor aduce noi clarificări în această alternativă terapeutică, asupra căreia majoritatea dezbaterilor au fost teoretice și bazate pe observații empirice.

În stadiul actual al cercetărilor, opiniile psihiatrilor converg către un consens farmacopsihoterapeutic în cadrul căruia, în funcție de caracterul entității nosografice și aspectul manifestărilor clinice, vor fi stabilite oportunități terapeutice. Există suficiente argumente pentru ca "să se realizeze o reuniune armonioasă și științifică a metodelor psihologice cu cele chimioterapeutice atât în sensul precizării dinamicilor psihologice induse de tratamentul medicamentos psihotrop, cât și cel al stabilirii indicațiilor și ponderi comune a celor două metode discutate" (**V. Predescu, L. Alexandrescu, T. Ciurez,** 1980, p. 164). Acest lucru se impune actualmente ca o necesitate axiomatică, cu atât mai mult cu cât cercetările asupra etiopatogeniei bolilor psihice ilustrează natura lor plurifactorială. Pornind de la această constatare, "concepțiile contemporane despre boala psihică recunosc că evoluția tulburărilor psihiatrice majore poate fi influențată atât de factori psihologici, cât și biologici" (**S. Marder**, 1981, p. 359). În cadrul acestei sinteze terapeutice, dialectica relației psihofarmacologie-psihoterapie va constitui pentru medic obiectul judecății clinice.

Fără îndoială că raportul dintre aceste două mijloace terapeutice îmbracă aspectul unei contradicții dialectice; din punct de vedere cronologic psihofarmacologia trebuie aplicată prima, la debutul afecțiunii, adresându-se "**bios**"-ului, elementul prim în ordinea ontică. Psihoterapia, înscrisă în plan secund, se aplică după ce a diminuat sau s-a stins simptomatologia, adresându-se fundalului psihic, sistemului ideativ, pe care, (în funcție de metodologia sa) îl restructurează, îl reorganizează, îl susține, îl decondiționează sau îl direcționează. În cazuri grave, psihofarmacologia readuce bolnavul psihic în ariile umanului, iar de aici psihoterapia îl reintroduce în rândurile semenilor. De aceea, cu cât este mai amplă și mai alienantă simptomatologia, cu atât este mai necesară

psihofarmacologia și, dimpotrivă, pe măsură ce fenomenologia clinică își reduce acuitatea psihopatologică, devine cu atât mai eficace intervenția psihoterapeutică.

BIBLIOGRAFIE

Achaintre, A., Balvet, P., *Actualités de therapeutique psychiatrique,* Masson, Paris, 1963.

Arieti, S., *Interpretation of Schizophrenia,* Basic Books, New York, 1974.

Bailly-Salin, P., *Néuroleptiques et Psychothérapies*, în: "Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, p. 225-246.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Psychiatrie*, Masson, Paris, 1978.

Ginestet, P., et. al., *Chimiothérapie Psychiatrique*, Masson, Paris, 1979.

Grinspoon, L., et. al., *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy,* Williams-Wilkins, Baltimore, 1972.

Guyotat, J., *Neuroleptiques et psychotherapies*, în: "Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, p. 225-246.

Ionescu. G., *Priority and efficiency in psychiatric treatment. A comparative study of psychofarmacology,* în: "Révue Roumaine des Sciences Sociales, série de Psychologie", București, 1983, 27, 2, p. 123-140.

Ionescu, G., *Psihoterapia în condițiile psihofarmacologiei,* în: Psihologie clinică. Sinteze de psihologie contemporană, (coord. G. Ionescu), Ed. Academiei, București, 1985, p. 308-334.

Ionescu, G., *The dialectical content of dynamic psychology*, în: "Révue Roumaine des Sciences Sociales, série de Psychologie", București, 1986, 30, 2, p. 135-151.

Ionescu, G., *Istoria Psihologiei Medicale în România, 55 de ani de activitate*, în: Neurologia, Psihiatria, Neurologia, 1989, 34, 3, 178-181.

Marder, G., *Combining Family Therapy and Pharmacotherapy,* în: Family Therapy and Major Psychopatology (M. R. Lansky, Ed.), Grune Stratton, New York, 1981, p. 359-375.

Muyard, J. P. *Neuroleptiques et psychothérapies,* în: "Confrontation Psychiatriques", 1975, 13, p. 225-246.

Ostow, M., *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1962.

Predescu, V., Alexandrescu. L., Ciurez, T., *Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice*, în: "Neurol. Psihiat. Neurochir.", 1980, 25, 3, p. 161-183.

Sarwer-Foner, G. J., *The Dynamic of Psychiatric Drug Therapy*, Charles Thomas, Springfield, 1960.

Weissman, M. Myrna, *Psychotherapy and its relevance to the Pharmacotherapy of Affective Disorders,* în: "Psychopharmacology. A generation of progress", (M. A. Lipton, A. Dimascio, K. F. Killam, Eds.), Raven Press, New York, 1981, p. 1313-1321.

Contents

Foreword 11

Chapter I

MEDICAL PSYCHOLOGY, CONTENT AND SUBJECT AREA 15

1. Etymological sources and meanings in clinical psychology 15
2. Clinical psychology: controversial notion including a generally accepted reality 18
3. The notions of "clinical" and "medical" psychology between semantic rigor-oussness and operational use 19
4. On sphere and contents of medical psychology 21
5. On history and tendencies of medical psychology. 23
6. Connection and convergence between medical psychology and psychiatry 27
   6.1. The interdisciplinary character of psychiatry unites medical and psychological knowledge. 28
   6.2. Medical psychology and biological psychiatry 31
7. Interferences and relationships between medical psychology and psychopathology. 32
8. Medical psychology problems from a sociological and social psychology perspective. 34
   8.1. Medical action as a social fact. 35
   8.2. Social problems of some personal psychological situations and their extrapolation to medical actions 35
9. Medical psychology, medical pedagogy, and psycho-pedagogy. 37
   9.1. Treatment compliance and elements of medical pedagogy. 37
   9.2. Behavioral regression from a medical pedagogy perspective 38
   9.3. Medical psychology in chronic medical conditions 39
10. Moral education and medical psychology 39

References 42

Chapter II

PSYCHOLOGICAL CONDITION IN CLINICAL MEDICINE. 45

1. Traditional character of psychology/clinical medicine relations, as illustrated by the mind-body unity 45
2. Contribution of personology to the medical involvement of psychology 48
3. Inter.professional relations in the main psycho-medical areas. 50
   3.1. Contents of physician/psychologist professional relations. 50
   3.2. Particular aspects of physician/psychologist professional relations. 51
   3.3. Bias, suppositions, and certainties in physician/psychologist professional relations 52
4. Status of psychologist in the clinic and in the therapeutic team 54
5. Specific problems for the psychologist in clinical work. 55
6. The psychologist as a psychometrist. 57
   6.1. The psychometric exam - status symbol of clinical psychologists. 57
   6.2. On the usefulness of psychometric findings in the clarification of clinical issues. 59
   6.3. Self knowledge and self-psychodiagnosis of clinical psychologists. 60
7. The psychologist as diagnosis maker. 61
8. The psychologist as psychotherapist. 62
9. The psychologist as research worker. 64
10. Directions of development of clinical psychologist in some European and American countries 66
    10.1. Development of medical psychology in Germany. 68
    10.2. Development of medical psychology in France 69
    10.3. Development of medical psychology in the United Kingdom 69
    10.4. Development of medical psychology in Russia 70
    10.5. Development of medical psychology in the US 71
    10.6. Medical psychology in Cuba. 72

10.7. Medical psychology in the Czech Republic and Slovakia 72
10.8. Medical psychology in Spain 72
10.9. Medical psychology in Portugal. 73
10.10. Medical psychology in Mexico and South America 73
10.11. Medical psychology in Rumania. 74
References 75

Chapter III
NORMAL AND PATHOLOGICAL IN PSYCHOLOGICAL LIFE 79
1. Criteria and coordinates of mental health. 79
1.1. Mental normality 79
1.2. Normality and health 80
1.3. Mental health in a negative formulation. 81
1.4. Mental health in a positive formulation. 81
1.5. Optimal mental health. 81
2. Meanings, definitions, and aspects of mental health. 82
2.1. Health as adaptation 82
2.2. Health as average or norm. 83
2.3. Health as process and development. 83
2.4. Health as social integration 84
2.5. Health as value. 84
2.6. Mental health from a moral perspective 85
3. Mental health and mental illness. Meanings of mental illness 86
3.1. Disease, a concept subject to reevaluation from the perspective of chronicization 86
3.2. Disease and abnormality. 87
3.3. Disease and society. 87
4. Forms and means of prevention of mental disorders and achievement of mental health 89
4.1. Evolution of measures and actions of psycho.hygiene and prevention 89
4.2. Goals and directions of psycho.hygiene measures. 90
4.3. Psycho.prevention and the main categories of prevention of mental disorders. 91
4.4. Primary prevention 91
4.5. Secondary prevention 93
4.6. Tertiary prevention. 94
References. 95

Chapter IV
TIME AND ILLNESS. TIME ISSUES FROM A PSYCHO–MEDICAL PERSPECTIVE 97
1. Dialectic unity of time and space: arguments from psychopathology. 97
2. The bio.chronometrical dialectic unity 99
3. The development of the notion of time and the consciousness of time 100
3.1. The genesis of the consciousness of time. 100
3.2. Abstention, postponement, and wait . operational elements of the pedagogy of time. 102
3.3. Perception and experience of time as a function of age. 102
4. Bio.chronometry and heterochrony. 104
4.1. Heterochrony of cognitive development 105
4.2. Heterochrony of mental involution 106
4.3. Heterochrony in organic involution. 106
4.4. Heterochrony and thanatology 107
5. Bio.chronometry and hypnology 108
5.1. Rhythms and periods of sleep activity 108
5.2. Phases, stages, and durations of sleep activity as evidenced by bio.electrical studies. 109
5.3. The rapid/slow sleep ratio. 110

5.4. Measurement of dreams 110
6. Time of events and the subjective consciousness of duration 112
7. Bio.chronometry and nosography. 113
7.1. Bio.chronometrical evolution and nosographic taxonomy 113
7.2. Illness as temporal evolution and the character of the interpersonal therapeutic relationship. 115
8. Dysmnesia and chronopathology 116
8.1. Disorders of separating present and past images 117
8.2. Invasion of present by images of the past 117
9. Elements of chronopathology in the main mental disorders. 118
9.1. Perception of time in schizophrenia 118
9.2. Perception of time in delusional psychoses. 119
9.3. Perception of time in mood disorders. 120
9.4. Confusional states and perception of time 122
9.5. Korsakoff's syndrome and temporal orientation 122
9.6. Perception of time under the influence of drugs 122
9.7. Affective signification of time in psychopathology. 123
References 124

Chapter V

PSYCHOLOGICAL CONTENT OF CLINICAL DIAGNOSIS. 127
1. Clinical epistemology and diagnostic validity 127
2. Medical diagnosis and etiological supposition 128
3. Medical diagnosis and pathogenic paradigms. 129
4. Medical diagnosis and sociocultural consensus. 130
4.1. Idiographic approach and diagnostic process 131
4.2. Nomothetic orientation and diagnostic perspective 132
5. Epistemic character of examination and the axiom of diagnose. 132
5.1. The technical approach of clinical diagnosis. 132
5.2. Epistemic instances of clinical diagnosis 133
6. A premise of diagnosis: the ability to listen 134
6.1. Listening as demand of the patient. 134
6.2. Listening as physical disponibility 135
6.3. Listening as professional aptitude. 135
7. Urgency of diagnostic orientation and management of the anamnestic relationship. 136
7.1. Essential issues in the diagnostic process. 136
7.2. Diagnosis between necessity of exploration and risk of iatrogenia 137
7.3. Unitary (somatopsychological) character of examination and the verisimilitude of diagnosis 138
8. Models and standardization of relation toward diagnosis 139
9. A request of clinical diagnosis: the opportune therapeutic intervention 142
9.1. Overinvestment of diagnosis and minimization of treatment 143
9.2. Diagnosis . preliminary and necessary instance of the treatment 143
10. Diagnostic axiology, clinical reality, and ethical rigor. 144
10.1. Axiological scale of clinical diagnosis: from surgical diagnosis to psychological diagnosis. 144
10.2. Diagnosis of the patient's personality accreditation of his/her psychological knowledge. 145
11. Diagnosis as process of personalization of disease and annulment of the patient's personality 146
11.1. Psychological training and diagnostic validity 146
11.2. Relationship between severity of disease and personalization of diagnosis. 146

11.3. Subjectivity of experience of disease, difficulty of assessment, and the scholastic character of diagnostic process 147
12. Multidimensional diagnosis, an attempt to encompass the pathology of the whole human being 148
References. 150

Chapter VI
PSYCHOLOGY AND SUICIDOLOGY 153
1. Current general issues of the phenomenon of suicide 153
2. Significance and nature of the phenomenon of suicide. 154
2.1. Suicide as single clinical manifestation of psychoses with an infraclinical course. 155
2.2. Suicide as first symptom of a psychosis 156
2.3. Suicide as late manifestation of a depressive illness 156
2.4. Suicide as expression of a psychotic condition manifested under the appearance of a somatic clinical symptomatology 156
3. On the incidence and prevalence of the phenomenon of suicide. 157
4. Etiological supposition on suicide. 159
4.1. Socioeconomic factors. 159
4.2. Psycho.sociological factors 160
4.3. Family pattern, marital status, and suicide 161
4.4. On the correlation among race, religion, and suicide. 161
4.5. Influence of meteorological and cosmic factors on suicide 162
4.6. Degree of urbanization in the etiology of suicide 162
4.7. Occupational status and suicide 163
4.8. Suicide as a function of gender 163
4.9. Prevalence of suicidal acts in patients with medical and surgical conditions. 165
4.10. On the heredity supposition in suicidal behaviour. 166
5. Pathogenetic statements on autolytic manifestations 166
6. Characteristics of suicide as a function of age 167
6.1. Suicide in childhood. 167
6.2. Suicide in teenage and youth. 168
6.3. Suicide in adults 168
6.4. Suicide in the elderly. 168
7. On the evolution of means of committing suicide 169
8. Psychological problems of the homicidal phenomenon. 170
8.1. Suppositions on the etiopathogeny of homicide 170
8.2. Homicide in the main psychiatric disorders. 171
8.3. Infanticide 172
8.4. Group suicide 173
9. Suicidal acts from a sociocultural perspective 173
9.1. Suicide and moral responsibility. 174
9.2. Social and familial implications of suicidal actions 175
10. Aspects of professional and legal responsibility in suicide cases 176
11. Preventive measures and therapeutical programs for persons at risk. 177
11.1. Hospitalization of suicidal persons. 178
11.2. Problems of suicide prediction 178
References. 180

Chapter VII
PSYCHOLOGY OF THERAPEUTIC ACTIONS. 183
1. Psychological issues and the evolution of the placebo phenomenon in clinical medicine 183
1.1. Meanings of "placebo" 183

1.2. History of the placebo phenomenon 184
2. Therapeutic value of the placebo effect 188
2.1. The placebo effect in the main somatic symptoms 188
2.2. On the placebo effect in the main psychiatric nosographic entities. 189
3. Psychological factors of the placebo phenomenon 191
3.1. The patient as factor of the placebo effect 191
3.2. The disease as factor of the placebo effect 192
3.3. The therapist as factor of the placebo effect 192
3.4. Quality of therapeutic relation and the placebo effect. 194
3.5. Pharmaceutical form of the drug and the placebo effect. 194
3.6. The hospital as a placebo 195
4. On the pathogenic mechanisms of the placebo phenomenon. 195
4.1. Conditioning mechanisms from the placebo perspective. 195
4.2. Suggestion by physician and the placebo phenomenon. 196
5. Nonspecific factors of psychopharmacological agents. 196
6. Issues of therapeutical relation in clinical psychopharmacology 199
7. On the compulsion of psychopharmacological prescription and the imperative of clinical knowledge 200
8. Therapeutic relation and transference issues 202
References 204

Chapter VIII
PSYCHOTHERAPY: PRINCIPLES AND METHODOLOGY. 207
1. Modern psychotherapy: sources and history 207
2. Psychotherapy as expression of culture. 209
3. Definitions of psychotherapy. 210
4. Meanings and significations of the notion of psychotherapy. 211
5. Theoretical sources and operational models in psychotherapy 212
6. Methods and techniques in psychotherapy 213
7. Common (nonspecific) factors in psychotherapy. 215
8. The range of objectives of psychotherapy. 216
9. Psychotherapeutical orientations in various clinical situations and nosographic conditions. 218
10. Selection of patients for psychotherapy and the initial, investigative.in-structive, interview (the orientating assessment in psychotherapy). 219
11. Frame and program of psychotherapy. 220
12. Real and apparent effectiveness of psychotherapies. 221
12.1. The problem of spontaneous remission and its implications on outcomes of psychotherapy 222
12.2. Aggravation of patient's state by psychotherapy. 223
12.3. On the comparative effectiveness of psychotherapies. 224
12.4. Factors of effectiveness of psychotherapy. 228
12.5. On the current possibilities of assessment of the results of psychotherapy 228
References 229

Chapter IX
PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY. 231
1. Meanings and synonyms of the notion of psychoanalysis 231
1.1. Psychoanalysis as theory of the mind. 231
1.2. Psychoanalysis as method of investigation of the mind 232
1.3. Psychoanalysis as a method of psychotherapy 232
2. On the history of psychoanalysis and S. Freud's contribution to the construction of psychoanalysis. 233

3. On the "psychic apparatus" and its "topological" instances from the perspective of the psychoanalytical theory. 235
4. Significance of symptom from psychoanalytic perspective 240
5. Psychoanalysis as psychotherapeutic method 241
5.1. The range of psychotherapies: from classical psychoanalysis to behavioral therapy 241
5.2. Organization and frame of the psychoanalytical cure 242
5.3. Main techniques of psychoanalysis 243
5.4. Therapist and patient in the analytic process 246
5.5. Therapeutic relation in the psychoanalytic approach 247
5.6. The transference relation in psychoanalysis: transference, counter transference, transfer neurosis. 249
5.7. Indications and counter indications of psychoanalysis 251
References 252

Chapter X
COGNITIVE THERAPY 255
1. Theoretical sources of cognitive therapy. 255
2. Cognition, primary and central element of cognitive theory and therapy. 258
2.1. On the meaning and definition of the notion of cognition. 258
2.2. Involvement of cognition in psychology and psychopathology. 259
3. Structure of cognitive theory and its relation with the pathogeny of depressive disorder 259
3.1. The cognitive triad 259
3.2. Cognitive schemes 260
3.3. Cognitive dysfunctions or distortions 261
4. Structure of cognitive theory and therapeutic process 262
4.1. Main techniques of cognitive therapy. 263
4.2. Way of action of cognitive therapy. 264
4.3. Associate and concurrent therapeutic elements of cognitive therapy. 265
4.4. Didactic characteristics of cognitive therapy 266
4.5. Combination of cognitive therapy with antidepressant drugs. 266
5. Indications and counter indications of cognitive therapy 267
6. Effectiveness of cognitive therapy: comparative results of main therapeutic approaches. 268
References 269

Chapter XI
GROUP PSYCHOTHERAPY. 271
1. Operationally of definitions and range of synonyms of group psychotherapies 271
2. History and evolution of group psychotherapy. 273
2.1. Didactic principles in group psychotherapy. 274
2.2. Contribution of psychoanalysis to group psychotherapy 275
2.3. Group psychotherapy today 277
3. Organization of the therapeutic group 277
3.1. Selection of patients for group psychotherapy 278
3.2. Preparation of patients for group psychotherapy 279
4. Composition, structure, and functioning of therapeutic groups 280
4.1. Composition of therapeutic groups 280
4.2. Structure of therapeutic groups 282
4.3. Dynamic of participation of members to the therapeutic group. 283
4.4. Functioning of the therapeutic group. 284
5. Status and role of therapist in the coordination of group activity. 287
5.1. Role of therapist in leading group activity 287
5.2. Therapist's personality and qualities that permit the fulfillment of the role of leader of the group. 288

5.3. Cotherapists (assistant or consultant therapists) 289
5.4. Expectations and obligations of group members 290
6. Course of group psychotherapy meetings. 290
6.1. Stimulation of participation of members in group activity 291
6.2. Contents of communication 291
6.3. The theme submitted to the group's analysis 292
7. Integration of patients into the group and evolution of the group 292
7.1. Evolutive stages of therapeutic groups. 293
7.2. Alternate meetings . a test of group maturation and a step toward society 295
7.3. Termination of group psychotherapy 295
8. The psychological specifics of the therapeutic group. 296
9. Main psychological processes arising in psychotherapeutic groups. 297
9.1. Universalization . a means of dissolving solipsism. 298
9.2. Cohesion . as process of valorization of the therapeutic group. 298
9.3. Identification with the therapist 299
9.4. Transference . as unconscious attachment for a significant person 299
9.5. Group pressure. 301
9.6. Ventilation and catharsis . as forms of free expression 301
9.7. Abreaction . as therapeutic experience of living again events and feelings. 302
9.8. Intellectualization . as disponibility for knowing and mastering of reality 302
9.9. Reality testing . as disponibility for an objective evaluation of the world 303
10. The group as a therapeutic factor 304
10.1. The essential role of the group in the process of improvement and cure 304
10.2. Factors that inhibit the group spirit, decreasing the therapeutic value of the group 305
10.3. The patient ward as an open, heterogenous group therapeutic unit 307
11. Group psychotherapy from a psychoanalytical perspective 308
12. Classification of group psychotherapies 312
13. Relation between individual and group psychotherapy 313
14. Combined psychotherapy . a more and more frequently recommended therapeutic modality. 314
14.1. Combined psychotherapy from the perspective of integration of positive elements of dyadic and group relations. 315
14.2. Character of psychodynamic and therapeutical processes in combined psychotherapy. 316
14.3. Interactional.structured group psychotherapy 316
15. Observations on group psychotherapy in the main psychiatric nosographical entities. 317
16. Group psychotherapy for chronic pain patients 320
16.1. Chronic pain . particular model of psychosomatic disorder. 320
16.2. Organization of the therapeutic group for patients with chronic pain syndrome. 321
16.3. Therapeutic approach within the group of chronic pain patients 322
17. Aspects of group psychotherapy in some psychosomatic conditions 324
18. Group psychotherapy for children and adolescents. 325
19. Indications and counter indications of group psychotherapy 328
References. 328

Chapter XII
PSYCHODRAMA. 331
1. The actuality and validity of the method. 331
2. Psychodrama . as methodological replica to classical psychoanalysis 332
3. Psychodrama . between individual and group psychotherapy. 333
4. Specific elements of psychodramatic therapy 334
5. Roles in psychodrama. 335
6. The psychodramatic group and group dynamics 337
7. Indications and possible applications of psychodrama. 339

References 340
Chapter XIII
PSYCHOTHERAPY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS 341
1. Psychosomatics from the perspective of its etiopathogenic validation and psychotherapeutical approach. 341
1.1. Psychosomatic pathology range and content 341
1.2. Contribution of psychosocial factors to the etiology of psychosomatic conditions. 342
1.3. Role of psychotraumatic events, conflictual and frustrating situations, in the apparition of psychosomatic disorders. 343
1.4. The "fundamental biological stress", consequence of affective loss. 345
1.5. Psychosomatic illness from an ecological and psychotherapeutical perspective 347
1.6. The supposition of specificity of psychological conflict and its role in the psychosomatic response. 348
1.7. Personality profile of psychosomatic patients from the perspective of the psychotherapeutic process. 350
1.8. The necessity for psychotherapy in psychosomatic disorders, upon etiopathogenic considerations. 351
1.9. Psychotherapy in psychosomatic diseases, inherent consequence of aholistic clinicotherapeutical approach 355
2. Methodological problems in the psychotherapeutical approach of psychosomatic patients. 357
2.1. Aspects of the doctor/patient relation in psychosomatic medicine, from a psychotherapeutic perspective. 357
2.2. Objectives and attitude of psychotherapists with psychosomatic patients. 358
2.3. Compliance and selection of psychosomatic patients for psychotherapy 360
2.4. Psychiatric consultation in the clinic for somatic diseases; consultation liaison psychiatry 361
3. Main psychotherapeutic methods used in the psychotherapy of psychosomatic patients. 363
3.1. Supportive psychotherapy in psychosomatic conditions. 364
3.2. Use of biofeedback in the therapy of psychosomatic conditions 365
3.3. On psychoanalytical opportunity in psychosomatic conditions 367
3.4. Combination of pharmacological and psychological therapy in psychosomatic conditions. 372
4. Particularities of psychotherapy in the main psychosomatic diseases 374
4.1. Coronary disease from the perspective of clinical psychology and the psychotherapeutic approach. 374
4.2. Essential arterial hypertension . psychological and psychotherapeutic view. 385
4.3. Bronchial asthma . psychopathology and psychotherapy. 390
4.4. Duodenal ulcer . psychotherapeutical approach from a psychosomatic perspective 395
4.5. Ulcerative colitis from a psychosomatic and psychotherapeutic perspective 400
4.6. Rheumatoid arthritis from a psychosomatic and psychotherapeutic perspective 408
4.7. Excessive weight and clinical obesity from a psychosomatic and psychotherapeutic perspective 413
4.8. Psychopharmacological and psychotherapeutical approaches used inlimiting and reducing clinical obesity. 429
4.9. Comparative analysis of effectiveness of psychotherapeutical and psychopharmacological approaches for reduction of clinical obesity 437
4.10. Results and recommendations in the psychotherapy of psychosomatic patients 441
References 442

Chapter XIV

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOPHARMACOLOGY 447
1. The emergence of psychopharmacology in the context of psychological therapies 447
2. Origins of the opposition between psychopharmacology and psychotherapy. 448
3. Narcissistic investment and pharmacological reality 449
4. Psychopharmacological science and psychoanalytical psychotherapy. 450
4.1. An opposition in principle: psychoanalysis vs. psychopharmacology 451
5. Bifocal therapy . the psychoanalyst's compromise, imposed by threats to the existence of his/her patients. 452
6. Findings of clinical psychopharmacology and the postulates of analytical therapy 453
6.1. Observations of psychoanalysts on the comparative use of psychotherapy and neuroleptics. 453
7. Extension of indications of psychotherapy through the intermediary of psychopharmacology. 455
8. A current general trend in psychiatric therapy: the association of psychopharmacological and psychotherapeutical means 456
9. On some concrete means of association of psychopharmacology with psychotherapy 457
References 460

INDEX TEMATIC

A

Abordare idiografica 88, 131
Abordare nomotetica 88
Abreactie 47, 244, 302
Abstractie selectiva (specifica) 261
Act medical 35
Actiune reflexa 236
Activitate hipnica 109
Activitate psihoterapeutica 211
"Agenti de reintarire sociala" 327
Agorafobie 98
Alianta terapeutica 248
Amenoree 427
Analiza transferului 250
Analiza viselor 245, 309
Analizator al timpului 112
Analiza didactica 226
Analiza de grup 272
Analiza interminabila 251
Analiza tranzactionala 313
Anormalitate 87, 131
Anxietate fata de egal 310
Anxietate legata de autoritate 310
Aparat psihic 221, 235
Aprofundare infinita 123
Aptitudinea ascultarii 134
Arbustul de coca 122
Arousal emotional 216, 422
Asociatie libera 235, 309
Atentie flotanta (atentie liber-fluctuanta) 244
Atitudine de adult (stare de Ego adult) 313
Atitudine disfunctionala 262
Atitudine infantila (stare de Ego infantil) 313
Atitudine parentala (stare de Ego parental) 313
Atitudine psihoterapeutica 211
Atribuire (fenomenul atribuirii) 438
Autonomie tehnica a psihologului 40

Autopsihodiagnoza 60
Axiologie diagnostica 144

B

Baterii de teste 58
Biocronometrie si heterocronie 104
Biocronometrie si hipnologie 108
Biocronometrie ideospecifica 104
Biocronometrie si nosografie 113
Biofeedback in boli psihosomatice 365
Bioritm 101
Boala endogena 115
Boala psihica 86
Boala psihica si anormalitate psihica 87
Boala psihica si societate 87
Boala secundara 22
Bolnavi ai timpului 121
Bradimenoree 427

C

Calitatea vietii 79
Cannabis indica 122
Catharsis 241, 244, 301
Centru al timpului 112
Ciclocronie 112
Ciclu de somn 110
Campul suicidar 179
Claustrofobie 98
Clinica psihologica 25
Clorpromazina 185
Cocaina 122
Cod deontologic 40, 41
Coeficient emotional 216
Coeficient placebo 195
Coeficient de psihogenie 22, 50
Coeziunea - ca proces psihologic al grupului psihoterapeutic 298
Cognitie 258
Cognitii fata de lume 260
Cognitii fata de sine 260
Cognitii fata de viitor 260

Complex Oedip 233
Complianta 37, 440
Comportament de tip A 376, 377, 378
Comunicare deschisa 308
Conceptie "pansexualista" 312
Conditionare operanta 317
Conditionare patogena 421
Conduita morala 40, 41
Conflict intrapsihic 216, 233
Conflict psihic specific 396
Confruntare 308
Consiliere psihologica 36
Constiinta morala 40
Constiinta subiectiva a duratelor 112
Constiinta timpului 100
Contratransfer 38, 41, 249, 250, 309, 370
Control de examinare 58
Control de postexaminare 58
Control de preexaminare 58
Conversie 47
Coping skills 256
Coterapeut 289, 307
Counseling 25, 67
Creativitatea evocarii 117
Criptomnezie 117
Criza medicinii 15
Cronometrie 97, 99
Cronopatologie 118, 123
Cura psihanalitica 242

D

Decentrare 263
Deces "reactiv" 345
Dedublarea personalitatii 48
Defense 232
Delirium postinfarct 382
Denegare 311
Denegarea tulburarii psihosomatice 368
Deontologie 40
Dependenta introspectiva 224

Depresie 36, 189
Depresie postinfarct 381
Depresie secundara 412
Determinism psihic 233
Deviere de la normal 87
Dezorientare spatio-temporala 98, 122
Diagnostic clinic 61
Diagnostic descriptiv somatic 138
Diagnostic diferential 59
Diagnostic medical si consens socio-cultural 130
Diagnostic medical si paradigme patogenice 129
Diagnostic nosografic 61
Diagnostic pluridimensional 148
Diagnostic psihologic 145
Diagnostic sociodinamic 138
Dietilamida acidului lisergic 123
Disfunctii (distorsiuni) cognitive 261, 310
Dismegalopsie 98
Dismnezie si cronopatologie 116
Dismorfofobie 428, 432
Distantare fata de situatii problematice 264
Drop-out 322, 371, 441
Dublura in psihodrama 336
Durere cronica 320

E

Echipa terapeutica 54, 55, 307
Ecmnezie 117
Educatie morala 39
Efect nocebo 194
Efect placebo 184
Ego (Eu) 236, 315, 316, 326, 327
Ego auxiliar 300, 334
Ego al trupului 326
Episod psihopatologic 221
Epistemologie clinica 127
"Era psihofarmacologica" 447
Etica medicala 41
Etica profesionala 40
Etica psihologului clinician 41

Opium 122
Opozitia psihanaliza - psihofarmacologie 451
Opozitia psihofarmacologie - psihoterapie 447, 448
Organogeneza 130
Orientare nomotetica 132, 276

P

Pacientul care monopolizeaza discutia 306
Pacientul care provoaca anxietate 306
Pacientul retras (autist, inhibat) 306
Papaver somniferum 122
Paricid 170
Patologia emotiilor 47
Patologia psihologicului 32
Patologie de cronicizare 31
Patopsihologie 32, 33
Patricid 170
Pattern alimentar 421
Pattern familial 402
Patternul profesional al psihologului clinician 52
Pattern relational 402
Pedagogia timpului 102
Pedagogie medicala 38, 39
Pedagogia realului 457
Perceperea timpului 102, 116, 118, 119
Perceperea timpului in bolile psihice 118, 119, 120, 122
Personalitate psihopatica 48
Personalitatea pacientilor cu boala coronariana 375
Personalitatea terapeutului 288
Personalizare 262
Personalizarea diagnosticului 146
Personologie 30, 48
Placebo 38, 183, 184
Placebo negativ 186
Placebo nonreactiv 186
Placebo pozitiv 186
Placebo reactiv 186
Placebo responsiv 186
Placebo sensibil 186
Planning familial 92

Potentarea prezentului 116
Predictia suicidului 178
Prelucrarea ca proces in psihanaliza 246
Preprogramarea specifica 353
Presiunea grupului 301
Prevalenta suicidului 159
Prezent etern 123
Prezent psihologic 116
Prezentificare 332
Principiul determinismului 241
Principiu placerii 237
Principiul realitatii 237
Probe proiective 57
Problem solving 256
Problematica specifica a psihologului in clinica 55
Procedeu dublu-orb 193
Procedeu simplu-orb 193
Procedeu triplu-orb 193
Proces cognitiv 258
Proces primar 236
Proces psihodinamic 453
Proces secundar 237
Procesualitate 131
Progerie 105
Prognostic 59
Proiectie 233, 310
Protagonistul in psihodrama 336
Psihagogie 37
Psihanaliza 67, 72, 231, 233, 234, 241, 312
Psihanaliza didactica 251
Psihanaliza de grup 272
Psihedelic 123
Psihiatrie 20, 28
Psihiatrie biologica 31
Psihiatrie de legatura 362, 363
Psihodiagnostic 25, 56, 61
Psihodiagnoza profesionala 60
Psihodisleptic 123
Psihogeneza 130
Psihoigiena 79, 89, 90
Psihoigiena caracterului 90

Psihologia dezvoltarii 70
Psihologia patologicului 32
Psihologie afectiva 25
Psihologie clinica 15, 16, 17, 19, 66, 69, 72
Psihologie cognitivista 256
Psihologie diferentiala 70
Psihologie dinamica 411
Psihologie medicala 16, 18, 19, 20, 23, 34, 48, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74
Psihologie a medicinii 20
Psihologie patologica 32
Psihologie pedagogica 74
Psihologie sociala 34, 35, 36, 48, 70
Psihologul ca psihoterapeut 62
Psihologul clinician ca antropolog 73
Psihologul clinician ca cercetator 64
Psihologul clinician ca psihometrician 57
Psihopatologie 20, 32, 33, 34
Psihopatologie generala 32, 70
Psihopatologie speciala 32
Psihopedagogie 37
Psihoprofilaxie 79, 89, 91
Psihoprofilaxie primara 91
Psihoprofilaxie secundara 91, 93
Psihoprofilaxie tertiara 91, 94
Psihosomatica 27, 46, 69
Psihosomatica psihanalitica 47
Psihoterapie 56, 63, 73, 74, 207, 208, 305
Psihoterapie abreviata 225
Psihoterapie analitica de grup 313
Psihoterapie prin "analiza tranzactionala" 313
Psihoterapie centrata pe persoana 225
Psihoterapie cognitiva 255
Psihoterapie combinata 314
Psihoterapie comportamentala 214
Psihoterapie dinamica 214
Psihoterapie experientiala 215
Psihoterapie expresiva 233, 383, 407, 413
Psihoterapie familiala 383
Psihoterapie de grup 272
Psihoterapie in grup 225, 271, 307, 309, 312, 313
Psihoterapie in grup comportamentala 317, 324

Psihoterapie in grup cu copii si adolescenti 325, 326, 327
Psihoterapie in grup eclectica 321, 322
Psihoterapie de grup extinsa 286
Psihoterapie de grup interactional structurata 316
Psihoterapie in grup in nevroze 317
Psihoterapie in grup in obezitate 324
Psihoterapie in grup in schizofrenie 319
Psihoterapie de grup pe termen scurt 286
Psihoterapie in grup in tulburarile afective 318
Psihoterapie in grup in tulburarile paranoide 319
Psihoterapie in grup in tulburarile de personalitate 317
Psihoterapie individuala 225, 310, 313
Psihoterapie de lunga durata 225
Psihoterapie orientata emotional 214
Psihoterapie orientata intelectual 214
Psihoterapie psihanalitica 225, 231, 233, 241, 310, 400, 450
Psihoterapie psihanalitica de grup 308, 309, 311, 313
Psihoterapie psihanalitica la pacienti psihosomatici 371, 372
Psihoterapie psihodinamica 233
Psihoterapie sugestiva 394
Psihoterapie suportiva 233, 364, 382, 389, 393, 406, 413
Psihotomimetic 123
Psihoza de transfer 300, 319
Psilocibina 123

R

Raportul somn lent/somn rapid 110
Raptus suicidar 171
Reabilitare 94
Reactivitate biopsihica 50
Readaptare 94
Recuperare 94
Reducerea aprehensiunilor catastrofice 263
Regresie 368, 422
Regresie comportamentala 38
Regula abstinentei 249
Reincadrare 94
Relatia medic-psiholog 50, 51
Relatia medicina-psihologie 28, 45, 46
Relatia psihofarmacologie-psihoterapie 447, 450, 454, 456

Relatia psihologie medicala-psihiatrie biologica 31
Relatia psihologie medicala-psihologie clinica 18
Relatia psihologie medicala-psihopatologie 32
Relatie chimioterapeutica 199
Relatie diadica 311, 315, 316
Relatie interpersonala 40
Relatie interprofesionala 50
Relatie obiectuala 248
Relatie psihoterapeutica 199
Relatie terapeutica 40
Relatie transferentiala 249
Remisiunea spontana si psihoterapia 222
Reprimare 311
Resocializare 94
Restructurarea personalitatii 221
"Revolutia psihofarmacologica" 447
Rezistente 235, 246, 309, 316, 368
Ritm circadian 100
Ritmicitatea simptomelor 115
Rolul psihoterapeutului 287

S

Salonul de pacienti 307
Sanogenetic 35
Sanatate 80
Sanatate mintala 66, 89
Sanatate psihica 79, 89
Sanatate publica 149
Sanatatea ca adaptare 82
Sanatatea ca integrare sociala 84
Sanatatea ca medie sau norma 83
Sanatatea ca proces si dezvoltare 83
Sanatatea psihica in formulare negativa 81
Sanatatea psihica in formulare pozitiva 81
Sanatatea psihica optimala 81
Sanatatea ca valoare 84
Schema cognitiva 260
Schimbarea atribuirii responsabilitatii (reatribuirea blamului) 263
Screening 93
Secretul profesional 40

"Semnal metabolic" 418
Semnificatie personala 30
Sfat genetic 92
Simbioza emotionala 367
Simptomul din perspectiva psihanalitica 240
Sincopa a timpului 121
Sincronizarea 245, 308
Sindrom alexitimic 321
Sindrom Korsakov 116, 122
Sindrom de neajutorare-disperare 398
Sindrom presuicidar 179
Sintetism 50
Sinteza psihica 116
Sistemul Sine-Societate 343
Sistemul Societate-Sine 343
Sociodrama 331
Sociologie 34
Socioterapie 23
Solilocviul terapeutic 338
Somatopsihic 45, 46, 66, 138
Somn lent 109
Somn paradoxal 109
Somn rapid 109
Spatiul psihodramatic 337
Speranta de viata 429
Spitalul ca placebo 195
Stadiul oral 422
Statutul profesional al psihologului clinician 53, 54, 55
Sterilizare psihologica 92
Stimul alimentar 434
Structuri cognitive 258
Substitutia simptomului 223
Sugestia si fenomenul placebo 196
Suicid altruist 155
Suicid anomic 155
Suicid colectiv 173
Suicid dual 171
Suicid egoist 155
Suicid psihopatologic 157
Suicid rational 157
Suicid si responsabilitate morala 174

Suicidologie 153
Suicidul in psihoze 155, 156
Suicidul ca simptom 156
Supozitie diagnostica 136
Supozitie etiologica 128, 159
Supraeu (Superego) 236, 309
Suprageneralizare (generalizare cu dramatizare) 262 Supraponderalitate 414
Suprimare 311
Suroricid 170
Sedinte suplimentare 317

T

Tahifilaxie 192
Tanatologie 107
Tehnica interpretarii spontane 338
Tehnica membrului focal al grupului 317
Tehnica de desensibilizare 317
Tehnica de diversiune 264
Tehnica psihoterapeutica 241
Tehnica de relaxare 393
Teoria conditionarii 420
Teoria generala a sistemelor 325
Teoria stresului specific 349
Teoria sublimarii 238
Terapeut 306
Terapeut asistent 306
Terapeut de tip A 288
Terapie bifocala 202, 407, 452
Terapie prin biofeedback 400
Terapie cognitiv-comportamentala 265
Terapie comportamentala 225, 241, 383, 389, 393, 433
Terapie de grup 272
Terapie de grup-maraton 286
Terapie maritala 36, 383
Terapie personala 226
Terapie prin sugestie 389, 413
Testarea gandurilor automate 263
Testarea realitatii 303, 323
Timp biologic 99
Timp bipolar 119

Timp discontinuu 123
Timp fragmentat 123
Timp neurofiziologic 99
Timp oprit 123
Timp subiectiv 112
Transfer 38, 202, 233, 248, 249, 299, 309, 311, 315, 316, 369
Transfer bifocal 202
Transfer colectiv 300
Transfer multiplu 300
Transfer vital 202
Translatie simbolica 372
Triada cognitiva 259
Tulburare deliranta 119
Tulburare de personalitate de tip pasiv-agresiv 318
Tulburare de personalitate de tip schizoid 318
Tulburare psihosomatica 321

U

Unitate de somn 110
Unitate terapeutica de grup 307
Unitati numerice de criza 344
Universalizarea - ca proces psihologic 298
Uxoricid 170

V

Valori morale 40
Varsta biologica 105
Varsta cronologica 105
Varsta psihologica 105
Ventilatie - ca proces psihanalitic 301
Vid mnezic 122
Viziune panoramica retrospectiva 117
Vulnerabilitate constitutionala 350

Indice de nume

A

Abraham, S., 429
Achaintre, A., 199, 204, 252, 449, 460
Achté, K, 180
Adés, J., 320, 328
Adis, C., 88, 95
Adler, A., 255, 275, 276
Agazarian, Y., 292, 328
Ahrenfeldt, H. R., 82,84, 88, 95, 131, 150
Ajuriaguerra, J. de, 85, 88, 95, 130, 132, 150
Alby, J. M., 370, 442
Alexander, F., 341, 342, 348, 349, 350, 396, 442
Alexandrescu, L., 459, 460
Alexandru, S., 55, 75
Andrasik, F., 366, 442
Anthony, E. J., 292
Arieti, S., 119, 124, 252, 449, 4~3, 460
Arsdol, M., 163, 182
Aserinsky, E., 111, 124
Ashby, W. A., 437
Athanasiu, A., 20, 27, 43
Atkinson, R. C., 52, 66, 71
Averbach, 116
Ayd, E. J., 163, 164, 168, 172, 176, 180

B

Baglivi, 46
Bailly-Salin, M., 53, 458, 460
Balint Enid, 55, 75, 138
Balint M., 26, 29, 39, 42, 55, 69, 70, 75, 134, 138, 139, 150, 194, 204, 272, 273, 329
Balvet, P., 199, 204, 449
Bandura, A., 439, 442

Banscikov, V. M., 26, 40, 42, 71, 75, 192
Barahona - Fernandes, H. de, 73, 75, 198, 202, 204
Barande, R., 293, 329
Bardenat, Ch., 170, 180
Barres, M., 208
Baudelaire, Ch., 123, 124
Bechterev, V. M., 24, 70
Beck, A. T., 257, 260, 261, 268, 269, 293, 329
Bellack, A. S., 267, 269
Bellak, L., 200, 214
Bernard, P. , 67, 74, 75, 458, 460
Berne, E. , 312, 329
Bernheim, H. , 47, 208, 229
Bernstein, A. N., 25
Beskow, J ., 179 , 180
Bilodeau, C., 324, 329
Binet, A., 25, 47, 69, 208, 209
Binswanger, L., 121, 124
Birt, M., 196, 205
Blackwood, G. , 212, 222
Blanc, Cl. , 203, 204, 211
Bloch, C., 192, 193, 204
Bloch, S., 305, 329
Borden, E. , 65, 75
Botezat - Antonescu, L., 229
Bouhal , M., 177, 181
Böcher, W., 59, 68, 75
Bray, G. A. , 431, 442
Breuer, J. , 47, 2()9, 232, 252
Briguet - Lamarre, M., 170, 180
Brisset, Ch., 67, 74, 75, 211, 230, 458, 460
Brooke, E. M., 158, 180
Brownell, K. D., 435, 445
Bruch, Hilde, 422, 423 , 442
Bugenthal, T., 53 , 75
Burloud, A., 21, 41, 42, 48, 76
Burrow, T., 275, 329

Bustamante, J.A., 72, 75

C

Cabanis, G., 46
Cale, S. W., 177, 180
Camus, A., 153
Carretier, L. , 201, 203, 205
Carrobles, J. A., 366, 442
Castelnuovo - Tedesco, P., 346, 442
Cattell, R. B., 194, 200
Chabalier, G., 17, 42
Charcot, J. M., 47, 207, 208, 229
Chesney, Margaret, 375, 442
Chessick, R., 248, 252
Chisck, J. D., 320, 329
Ciurez, T., 193, 204, 459, 460
Claire, J., 199, 205
Clark, F. G., 93, 95
Clarke, P., 70, 75
Clement, C., 41, 43
Cloutier, F., 85, 88, 91, 95
Cole, J. O, 187, 190, 204
Collet, L., 258, 269
Consoli, S., 23, 26, 37, 42, 49, 54
Cosma, V., 424
Costiner, El., 118, 124
Costiner, Maria, 118, 124
Cottraux, J., 258, 269
Coyne, J. C., 260, 268, 269
Craighead, Linda, 439, 442
Crue, B. L., 320, 321, 322, 329, 347, 444
Cucu, I., 74
Cupcea, S., 90, 96

D

Daumezon, G., 53, 57, 62, 75

David, C., 346, 443
Davies, M. H., 324, 329, 374, 376, 378, 442
Davis, B., 433, 435
Davis, J. M.,187, 190, 204
Davost, P., 21, 26, 41, 42, 48, 69, 76
Dănăilă, L., 74
Debus, G., 197, 205
Deese, J., 66, 75
Delay, J., 18, 19, 26, 32, 34, 42, 69, 186, 192, 193, 195, 199, 204
Delteil, P., 389, 442
Dement, W. C., 111, 124
Descartes, R., 108
Deschamps, P., 177, 180
Deshaies, G., 162, 181
Diacicov, S., 74, 204
Di Mascio, A., 187
Dorpat, T., 165, 181
Dosios, A., 55, 75
Douglas, J. D., 160, 181
Downing, R. W., 189, 194, 198, 200, 204
Dublin, I. L., 159, 164, 181
Dubois, 108
Duchêne, H., 84, 95
Dumas, G., 69
Dumitrescu, C., 426, 427, 442, 443, 444
Dunbar, F., 375, 376, 386, 443
Duncan, G. M., 170, 181
Duncan, J. W., 170, 181
Durkheim E., 155, 159, 160, 161, 162, 163, 181

E

Enăchescu, C., 74
Enelow, A. J., 274, 357, 362, 364, 443
Engel, G. L., 395, 400, 401, .402, 403, 404, 443
Epictet, 255
Esculap, 207, 273

Ey, H., 67, 74, 75, 458, 460
Eysenck, H., 222, 229

F

Fabre, 46, 47
Farrell, D., 271, 289, 293, 305, 318, 320, 329
Fauntleroy, A., 346, 444
Favez-Butonier, J., 17, 18, 19, 32, 42, 69, 75
Fazio, A. F., 268, 269
Fedida, P., 17, 18, 42, 57, 75
Féré, F., 47
Fernandez, A., 137, 150
Feuerbach, L., 102
Flood, R. A., 165, 182
Eodor, O., 396, 424, 443
Foulkes, S. H., 292, 329
Fraisse, P., 113 , 124
Freud, S., 47, 49, 62, 82, 95, 111, 112, 116, 170, 181, 208, 218, 221, 229, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 243, 244, 245, 249, 252, 275, 292, 329, 333, 358
Friedman, L., 220, 229
Friedmann, M., 37 6
Friedreich, I. B., 24

G

Galen, 45, 46
Gardner, E. G., 148, 150
Garfield, S. L., 66, 71, 75, 198, 205
Gastager, H., 149, 150
Gauthier, Th., 123
Gelhot, P. S., 162, 165, 168, 169, 181
Gentis, R., 53, 60, 75
Gerbaux, A., 389, 442
Germain, J., 53, 73, 77
Gibbs, J. P., 160, 181
Giles, D., 268
Ginestet, P., 451, 460

Goldenson, R. M., 19, 37, 42, 48, 52, 54, 63, 65, 75, 81, 95
Goldstein, I. B., 385, 386, 443
Gorgos, C., 229
Gotesman, K. G., 437, 444
Gotlieb, I. H., 260, 268, 269
Gratiot - Alphandéry, Hélène, 54, 75
Grecu, Gh., 229
Greenberg, D., 265, 269
Greening, T., 53, 7 5
Griesinger, W., 24
Griffiths, D., 423, 432, 435, 443
Grinspoon, L., 454, 460
Gschwind, M., 103, 124
Guidano, F. V., 259, 269
Guillaumin, J., 18, 42
Guire, K., 438
Gusikov, V. S., 40, 75
Guyotat, J., 67, 75, 197, 205, 213, 215, 229, 232, 252, 448, 460

H

Hackett, T., 324, 329, 374, 376, 377, 378, 381, 384, 385, 386, 389, 443
Halberg, F., 113, 124
Hall, C., 49, 75, 239, 252
Hall, R. G., 440, 443
Hall, S. M., 440, 443
Hall, B. C., 366, 443
Hanganu, O., 74
Harrower, Molly, 64, 75
Harvey, W., 374
Hawtorne, N., 234
Haynal, A., 358, 365, 443
Healy, W., 25
Heimann, H., 198, 205
Heinroth, 24, 46
Hellmut, S., 52, 63, 64, 68, 76
Herbart, I. F., 234

Hesbacher, P. T., 198, 205
Heuyer, G., 40, 42, 67, 69, 76, 139, 150, 167, 171, 181
Hilgard, E. R., 52, 66, 71, 76
Hipocrate, 45, 113, 114, 390
Hirsch, J., 169, 181
Hirschfeld, R. M., 260, 266
Hîncu, N., 414, 415
Hobbs, N., 40, 41, 42
Hoberman, H. M., 267, 269
Holdevici, I., 74
Hollon, D., 258, 269
Holroyd, K. A., 366, 442
Hordern, A., 169, 181
Hume, D., 174
Hunt, A. W., 51, 63, 64, 76

I

Iamandescu, B., 74
Iancu, I., 32, 42
Ionescu, G., 27,
Ionescu, S., 74
Issensee, 24

J

Jacobi, 24, 46
James, W., 116, 234
Janet, P., 19, 26, 47, 49, 69, 116, 125, 208, 209, 230
Janke, W., 197, 205
Jaspers, K., 33, 42, 49, 343, 443
Jeammet, Ph., 23, 26, 37, 42, 49, 54, 76
Jeanneau, A., 211, 230
Jeffrey, R. W., 436
Jessner, L., 367, 443
Jessup, B. A., 365, 366, 367, 443
Jung, C. G., 49, 275

K

Kanas, N., 271, 289, 293, 305, 318, 320, 329
Kandinski, V. H., 27
Kannel, W. B., 426, 429, 443
Kant, I., 41, 97, 125
Kaplan, H. I., 29, 42, 46, 76, 153, 154, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 176, 178, 179, 181, 324, 329, 345, 350, 356, 357, 358, 364, 370, 373, 443
Karasu, T. B., 210, 212, 213, 214, 216, 220, 230, 341, 360, 361, 368, 443
Kellner, R., 372, 443
Kerbicov, O., 29, 42, 48, 76
Keys, A., 426, 443
Kielholz, P., 156, 181
Kimball, C. P., 24, 380, 443
Kleinsorge, H., 52, 53, 55, 62, 63, 68, 76
Kleitman, N., 111, 124
Klerman, G. L., 267, 269
Knapp, P. H., 389, 392, 443
Koch, S., 417, 445
Kondás, O., 72
Konecinîi, R., 177,181
Korsakov, S. S., 27, 116, 122
Kostikoya, V., 71, 76
Kourilski, R.,136, 138, 150
Kraepelin, E., 68
Kraft, I. A., 325, 329
Krapf, E. R., 82, 95
Kretschmer, E., 19, 20, 23, 26, 42, 148, 150
Kriss, M. R., 258, 269
Kubie, L. S., 81, 95

L

Lafon, R., 39, 42, 69, 76, 90, 95
Lagache, D., 16,19, 20, 26, 42, 48, 69, 76
Lamache, A., 19, 21, 26, 41, 42, 48, 69, 76
Lang, J. L., 106, 125
Laségue, E., 24

Lauriers, A., 163, 181
Layne, C., 265, 269
Lazell, E W., 274, 329
Leavell, H. R., 93, 95
Lebedinski, M. S., 19, 20, 26, 34, 40, 42, 48, 70, 76, 192, 205
LeMagnen, J., 419, 443
Leon, G. R., 423, 425, 443
Levitz, L. S., 435
Lewin, K., 276, 329
Lewinsohn, P. M., 267, 269
Lieberman, M. A., 273, 329
Lindzey, G., 49, 75, 239
Liotti, G., 259, 269
Lipowski, Z. L., 379, 381, 382, 383, 385, 386, 389
Litman, R. E., 167, 181
Littré, 16, 114
Lloyd, J., 432, 443
Locke, J., 16
Lolas, F., 321
Losson, J. P., 232, 234, 235, 242, 243,
Lotze, H., 19, 24
Ludwig, A., 245, 252
Lungu, Al., 99, 100, 125
Luza, S., 67, 73

M

Macklin, R., 41, 42
Magnan, V., 166
Mahoney, M. J., 436
Mairetet, 113
Marchais, P., 20, 22, 23, 28, 29, 30, 42
Marder, S., 459, 460
Marinescu, Gh., 109
Marmor, J., 321, 329
Marsh, L. C., 274, 329
Martin, M. J., 56, 143, 150

Marty, P., 346, 443
Mateș, E., 95
Mayer-Gross, W., 30, 31, 35, 42, 55, 63, 160, 169, 181
McDougall, J., 49, 341, 443
McKenzie, J. N., 390
McQueen, D. V., 86, 95, 127, 151
Meichenbaum, D., 256, 269
Menninger, K. A., 82, 95, 166
Mensch, I. N., 72
Mezzich, J. E., 148, 150
Meyer, A., 275
Miagkov, I. F., 40, 75
Miasiscev, V. N., 19, 20, 26, 30, 34, 40, 42, 47, 48, 70, 76, 192, 205
Michaux, L., 153, 164, 181
Mihalache, N., 426
Mincu, I., 414, 415, 444
Minkovski, E., 32, 42, 58, 76,
Misés, R., 53, 76
Mitchell, E. M., 413, 417, 420,, 422, 425, 433, 439, 444
Mondzain, M. L., 34
Moor, Lise, 31, 43
Morali - Daninos, A., 112, 121, 125
Moreno, J. L., 272, 274, 331, 332, 333, 334, 335, 338, 340
Morin, E., 168, 181
Morris, J. N., 429
Morrisey, J. D., 164, 182
Mowbray, K. M., 26, 43, 70
Murphy, G., 268, 269
Muyard, J. P., 453, 460
M'Uzan, M., 346, 443

N

Nadeau, A., 177, 181
Nadeau, R., 177, 181
Naftulin, D., 213, 230
Nahoum, Ch., 58, 76

Nathawat, S. S., 162, 165, 168, 169, 181
Neicu, Valentina, 55, 75
Nemiah, J. C., 234, 252, 321, 329, 346, 347, 444
Nestor, I. M., 90, 95
Nica - Udangiu, Lidia, 162
Nica - Udangiu, Șt., 162, 181
Nietzsche, F., 234

O

Ochonisky, A., 170, 181
Offer, D., 79, 80, 88, 95, 131, 151
Oken, D., 395, 401, 404, 407, 410, 411, 444
Osler, W., 376, 409, 444
Ost, L. E., 437, 444
Ostow, M., 200, 453, 460

P

Paolino, T. J., jr., 211, 223, 225, 230, 241, 252
Papadima, E., 74
Pasini, W., 358, 365, 443
Paul, G. L., 190, 205
Pavel, I., 427, 444
Pavlov, I. P., 49, 70
Paun, R., 391, 444
Peliser, R., 213, 223, 224, 225, 226, 230, 242, 252
Perse, J., 57, 59, 61, 62, 76
Peters, R., 292, 328
Pichot, P., 18, 19, 20, 26, 28, 32, 34, 42, 43, 46, 67, 69, 76, 186, 192, 19, 195, 204, 205
Pièron, H., 34, 43
Pinard, G. D., 261, 267, 269
Pinel, Ph., 271
Pinsky, J. J., 320, 321, 322, 329, 347, 444
Platon, 234, 259
Plinius cel Bătrân, 16
Pogády, J., 72
Polácek, A., 72, 76

Polatin, P., 81, 95
Poliakov, I. F., 27, 32, 33, 43, 70, 76
Popescu I. G., 391, 444
Popescu Neveanu, P., 74
Popescu-Sibiu, I., 90
Popoviciu, L., 109, 125
Porot, A., 34, 43
Porot, M., 199, 205
Pratt, J. H., 273, 274, 329
Preda, Gh. , 90, 95
Predescu, V., 29, 43, 76, 162, 181, 329, 459, 460
Prout, C. T., 193, 205

Q

Quidu, M., 153, 154, 169, 181
Quincey, Th. de, 123

R

Racamier, C. P., 201, 203, 205
Raimbault, E., 66, 76
Ralea, M., 100, 101, 125
Rand, C. S. W., 432, 444
Rausch de Traubenberg, Nina, 23, 43, 52, 69, 77
Rădulescu-Motru, C., 89, 95
Reckless, J., 346, 444
Rees, W. L., 29, 43
Regis, E., 166
Reiser, F.M., 345, 357, 367, 369, 372, 407, 444
Resnik, H. L. P., 155, 160, 162, 164, 166, 174, 176, 178, 180, 181
Reynaud, M., 23, 26, 37, 42, 49, 54
Ribot, Th., 25, 69, 118
Rickels, K., 189, 194, 200, 204, 205
Rickman, J., 138
Riston, E. Bj, 320, 329
Rîbakov, V., 25
Rodger, T. F., 26, 43, 70

Rodin, G. M., 359, 360, 361, 364, 370, 444
Roffworg, H. P., 111
Rojnov, V. E., 71, 77
Romano, J., 81, 95
Rosen, J. N., 248, 252
Rosenberg, S., 200
Rosenman, R., 376, 378, 442, 444
Ross, M., 168, 181
Roşca, Al., 90, 95, 96, 113, 125
Roth, L., 423, 425
Roth, M., 30, 31, 35, 55, 63, 164, 182
Rubinstein, S. I., 33, 43
Rush, A. J., 257, 258, 266, 268, 269, 420, 445
Russell, D. H., 170, 182
Rutter, M., 149, 151

S

Sabshin, M., 79, 80, 88, 95, 131
Sadock, B. J., 29, 42, 153, 154, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 176, 178, 179, 181, 272, 276, 281, 297, 301, 310, 314, 315, 329, 331, 332, 336, 338, 340
Safran, J. D., 265, 269
Sainsbury, P., 161, 165, 182
Sapir, M., 398, 444
Sarro, R., 53, 73, 77
Sarwer-Foner, G. J., 200, 252, 453, 460
Savitz, A., 347, 444
Sähleanu, V., 20, 27, 43
Schacht, T. E., 209, 221, 224, 230
Schachter, G., 267, 269
Schachter, M., 170, 182, 205
Schachter, S., 421, 444
Schilder, P., 26
Schmid, C. F., 163
Schneider, K., 130, 151
Schneider, P. B., 18, 19, 23, 28, 43, 51, 77, 186, 188, 205
Schopenhauer, A., 112, 234

Schraml, W. J., 17, 23, 43, 55, 69, 77
Schultz, J. H., 62, 77
Schwab, J. J., 348, 444
Schwartz, D. A., 177, 182
Scoppa, A., 86, 87, 96, 131, 150
Sdrobici, D., 427, 444
Seager, C. P., 165, 182
Secenov, I. M., 70
Shader, R. I., 454
Shakow, D., 18, 43, 55, 62, 65, 71, 77
Shaw, B. F., 269
Shea, M. T., 260, 266
Sheperd, M., 190
Shipley, C. R., 268, 269
Shneidman, E. S., 153, 154, 162, 163, 175, 176, 179, 182
Sider, X. C., 41, 43
Sidney, C., 135, 151
Siffre, 113
Sifneos, P., 321, 330, 346, 347, 372, 444
Sillamy, N., 34, 45
Silva, P., 47, 77
Silverman, A. J., 410, 411, 412, 444
Silverstone, T., 415, 428, 444
Simborg, E. W., 426, 444
Simmel, E., 274
Simon, T., 25
Simons, A. D., 265
Sivadon, P., 19, 26, 43, 1~2, 193, 204, 234, 243, 253, 369
Sîrbu, Aurelia, 196, 205
Slater, E., 30, 31, 35, 55, 63
Slavson, S. R., 272, 330
Sloane, R. B., 213, 230
Soubrier, J. P., 158
Souris, M., 315, 330
Sperling, M., 367, 444
Spinoza, B., 234
Staples, E., 213, 230

Stein, A., 271
Stengel, E., 70, 75
Stern, E., 26
Stewart, R., 233, 243, 244, 246, 247, 249, 251, 252, 371, 441, 444
Stoenescu, Th., 90, 95
Stoetzel, J., 96
Stoichița, I., 90. 96
Stoller, R. J., 72, 77
Strauss, J. S., 149, 151
Strupp, H. H., 209, 211, 212, 221, 222, 224, 230, 247, 252
Stuart, R. B., 414, 433, 435, 436, 437, 438, 440, 444, 445
Stunkard, A. J., 413, 414, 415, 417, 420, 423, 425, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 435, 436, 445
Sutter, J. M., 81, 96
Swift, Nancy, 234, 240, 252, 289
Sydenham, Th., 24, 46
Szewczyk, H., 68, 77
Ștefănescu-Goangă, Fl., 89. 90, 96

T

Tallent, N., 29, 43
Teasdale, J. D., 267, 270
Thase, M. E., 268
Todoranu, D., 90, 96
Tokarski, A. A., 25
Toynbee, A. 175, 182
Tudose, F., 229
Tuke, D. H., 24, 207, 208, 230

U

Uhlenhuth, E. H., 194, 200, 205

V

Vaschide, N., 109, 111, 125
Védrinne, J., 158, 182

Veil, Cl., 20, 22, 43
Vermeylen, J.,234, 243, 253, 369, 444
Vianu, I., 74
Voiculescu, M., 133, 151

W

Waisanen, E. B., 88, 95
Walker, . R., 431, 445
Wallerstein, R. S., 231, 233, 243, 245, 251, 253
Wallon, H., 32, 43
Walton, H. J., 211, 212, 221, 229, 230, 244, 253, 271, 277, 285, 289, 304, 315, 330
Weiner, H., 390, 391, 445
Weise, K., 30, 31, 43, 133, 151
Weissman, Myrna, 453, 460
Wender, L., 215, 330
West, N. D., 66, 77
Wexler, M., 274
Widlöcher, D., 341, 344, 351, 356, 445
Willard, 87
Willis, S. L., 367, 445
Wilson, G. T., 435, 436, 445
Wing, R. R., 436
Witmer, L., 25
Wolf, A., 275, 330
Wolf, S., 396, 445
Wolff, H. G., 396, 445
Wollersheim, J. P., 436, 445
Wundt, W.,68

Yalom, I. D., 305, 330

Yotoczky, H. G., 268
Yozo, R.,18, 43, 105, 125

Zeigarnik, B. V., 27, 29, 43
Zilboorg, G., 167, 182
Zosin, C., 414, 445
Zusman, J., 92, 96
Zweig, St., 208

FUNDAȚIA
ROMÂNIA DE MÂINE
Biblioteca